Manual básico de actividades conductuales generales para dejar de consumir marihuana. Manual del psicólogo clínico

Prologo por María Xesús Froxán Parga

El presente libro busca ampliar el conocimiento del consumo de marihuana como un problema de salud mental debido a los efectos nocivos que tiene en la persona. Está dirigido a estudiantes de psicología y psicólogos clínicos que están dispuestos a generar un criterio propio sobre esta droga y aprender a manejar de manera óptima técnicas de evaluación y tratamiento que se encuentran en este sencillo manual, con el objetivo de generar un posible cambio de reducir el comportamiento del individuo que presenta síntomas de intoxicación, adicción y abstinencia. El libro comienza con una conceptualización general de lo que es el trastorno por uso de sustancias, seguido de una revisión legal en México para continuar con el abordaje de aspectos teóricos de la ciencia del comportamiento y finalmente cerrar con formatos de evaluación, diagnóstico y técnicas generales. Esperemos el libro sea de utilidad para la comunidad.

Psic. Roberto Meneses Castelán

Licenciado en psicología clínica por el Centro Hidalguense de Estudios Superiores (CENHIES). Cuento con un posgrado en psicología educativa. Diplomados en criminología, recursos humanos y Terapias Conductuales-Contextuales. Desde el 2020 llevo trabajando en mi consultorio clínico privado en línea, dentro de mis funciones de trabajo realizo la aplicación inicial de entrevistas, realización de interpretación e integración de pruebas psicométricas, impresión diagnostica, tratamiento psicológico.

Dr. Horacio Balam Álvarez García

Lic. en psicología por la UAM Xochimilco, Maestro en psicología clínica y de la salud por Unidad IEXPRO, Doctor en salud mental por el Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO) y candidato a doctor por la Facultad de medicina de la UNAM. Terapeuta certificado en Protocolo Unificado por el Unified Protocol Institute de Boston EUA. Autor de 22 artículos de investigación y 4 capítulos de libros.

Generis PUBLISHING

www.generis-publishing.com

Psic. Roberto Meneses Castelán
Dr. Horacio Balam Álvarez García

Generis PUBLISHING

Manual básico de actividades conductuales generales para dejar de consumir marihuana. Manual del psicólogo clínico

Prologo por María Xesús Froxán Parga

Manual básico de actividades conductuales generales para dejar de consumir marihuana

Manual del psicólogo clínico

Roberto Meneses Castelán

Horacio Balam Álvarez García

Prólogo

María Xesús Froxán Parga

2025

Derechos reservados por Generis Publishing

Pages: 109
Published: 2025
ISBN: 979-8-89248-855

Prefacio

El trastorno por uso de sustancias (TUS) Prólogo

El autor del presente libro, Roberto Meneses, me ha pedido que lo prologue, algo que he aceptado gustosamente, porque siempre hay que celebrar cualquier aportación que se haga desde el análisis de la conducta a un campo tan complejo y dominado por la perspectiva biomédica como es el de las adicciones. El hecho de que haya una sustancia, en este caso la marihuana, objeto de consumo no debería, en ningún caso, conducir a la conclusión de que, son las propiedades químicas de la propia marihuana lo que lo explica y, lamentablemente en muchas ocasiones, explica la adicción. Por el contrario, consumir marihuana es un hábito de conducta, por tanto, solo puede ser analizado en términos conductuales, y en este análisis las propiedades de la sustancia son un elemento más, en ningún caso causal ni determinante. Desde hace ya muchos años se ha superado el reduccionismo que suponía considerar que el consumo de drogas es la simple ingestión o introducción en el organismo por alguna vía de una sustancia psicoactiva. Es, sin duda, una conducta mucho más compleja que diversos autores han conceptualizado como una respuesta de adaptación de una persona a su medio, una forma de enfrentamiento al mundo en el que dicha persona vive. Desde esta perspectiva, se entiende que el uso de drogas puede suplir con éxito la carencia de otras habilidades (desde divertirse a problemas personales o sociales), y por ello será una respuesta altamente reforzada entre otras que constituyen el repertorio conductual del individuo.

Consumir drogas no es una respuesta dicotómica, sino que pasa por diferentes etapas, de manera que cada una de ellas no lleva necesariamente a la siguiente. Se empieza probando, si se sigue se empieza a consumir con baja frecuencia y con el tiempo esta va aumentando, hasta que el consumo se convierte en habitual y, por último, puede terminar en drogadicción. Incluso hay diferencias muy claras entre un consumo habitual y una adicción: la drogadicción es una forma de vida en la cual el consumo es el único objetivo; en el consumo habitual, el sujeto consumidor puede mantener una forma de vida totalmente estructurada e integrada, fuera de los circuitos de marginalidad. El uso de drogas, que puede o no desembocar en abuso al cabo del tiempo, hay que plantearlo como acabamos de señalar: una conducta más dentro de las

múltiples que realiza un individuo en su proceso de adaptación al contexto y no tiene que conducir necesariamente a un cambio en el estilo de vida, sino que puede afectar únicamente a un área concreta y limitada de éste. Por el contrario, el desarrollo de una adicción lleva asociado un cambio radical en el individuo, mucho mayor cuando se trata de sustancias de uso ilegal, de modo que la evaluación de la adicción ha de suponer también la evaluación de todas las variables potencialmente implicadas en el desarrollo de esta.

Se ha afirmado en muchas ocasiones que la mayoría de los jóvenes que consumen nunca llegarán a ser adictos, superando esta etapa de consumo y reintegrándose a las normas sociales y de convivencia sin ningún problema específico; por ello cabe plantearse si no sería más productivo dirigir los esfuerzos hacia la lucha contra los problemas inmediatos asociados al consumo en los jóvenes consumidores (que no son adictos en un sentido patológico) y no tanto a prevenir una adicción que quizás nunca llegará. Pero lamentablemente no es así como las instituciones suelen trabajar y de ahí la importancia de una guía como la que se presenta aquí, la cual proporciona estrategias para intervenir sobre los problemas de adicción a la marihuana, enfocándolos como lo que son: problemas de conducta que requieren ser analizados funcionalmente para desarrollar tratamientos dirigidos a cada caso particular, donde la adicción se explica en virtud de la historia de aprendizaje individual en el contexto social de cada individuo.

¿Qué es consumir drogas? Son muchas las variables que hay que tener en cuenta a la hora de identificar la conducta de consumo, además de su gravedad. En primer lugar, hay que diferenciar entre drogas de consumo legal y drogas de consumo ilegal, pero esta diferencia que parece tan sencilla no lo es realmente; es decir, consumir drogas legales a edades en que no está permitido sería una conducta ilegal, mientras que fumar marihuana o esnifar cocaína serían conductas prohibidas a cualquier edad porque su uso es ilegal en todos los casos. Otra de las variables para tener en cuenta es la situación de consumo: no es lo mismo que un menor se tome una cerveza en una fiesta familiar que si se la toma en la escuela; incluso ver un grupo de amigos fumando marihuana en el campo mientras tocan la guitarra nos parecerá menos antisocial que si ese grupo está en el patio del colegio. Y aún hay que añadir otro ingrediente más que es la funcionalidad del consumo, es decir, para qué se consume: para divertirse, para olvidar penas, para sentirse bien, como una experiencia nueva, para integrarse en un grupo, etc. Cada una de estas potenciales funciones son variables que habría que tener en cuenta a la hora de analizar la conducta de consumo.

Diversas investigaciones han demostrado que los individuos que consumen drogas de manera habitual presentan otra serie de conductas que correlacionan con esta: mayor búsqueda de gratificación inmediata (lo que se suele describir como menor autocontrol) dado que la droga proporciona precisamente eso, una gratificación inmediata y con bajo coste de respuesta. Otra de las variables que los estudios relacionan con el consumo de drogas es la tendencia a la búsqueda de sensaciones, entendiendo por tal la aversión o desagrado por actividades rutinarias y la tendencia a implicarse en experiencias intensas de resultado incierto o que conllevan riesgo o peligro. El análisis de estas y otras variables que puedan ser de interés en casa caso, así como de las posibles áreas de la vida del individuo que se han visto afectadas y elementos del contexto potencialmente relacionados con el consumo, nos van a permitir determinar si son o no conductas problema, variables a modificar o puntos de apoyo o de partida en el proceso rehabilitador.

Las características de la sustancia son importantes para tratar de explicar la adicción al consumo de esta, pero existen otras variables que son igualmente importantes en la explicación, tales como los repertorios básicos de conducta del individuo, la historia de aprendizaje o las variables de riesgo del contexto. En definitiva, el proceso de evaluación a llevar a cabo ha de ser integrador y posibilitar la utilización de diversas fuentes y técnicas que permitan un incremento de la fiabilidad de esta.

El objetivo de la evaluación será determinar las relaciones funcionales existentes entre las distintas variables implicadas (de la conducta, del sujeto y del contexto) con el fin de diseñar el procedimiento de intervención más adecuado para el caso concreto. El análisis funcional posibilita:

- Detectar cuáles son las conductas problema.

- Conocer las variables funcionales que conforman la interacción.

- Determinar las otras variables, no pertenecientes a la interacción ni específicas de ella, ya que son variables facilitadoras tanto del individuo como de su entorno que afectan a la probabilidad de que la interacción se produzca.

- Diseñar la intervención específica para cada individuo: establecer los objetivos; elegir el dispositivo más adecuado; determinar si es necesaria la utilización de recursos de apoyo; seleccionar los programas terapéuticos y determinar las técnicas específicas de intervención

La conducta adictiva es muy compleja y requiere múltiples intervenciones desde diferentes ámbitos, según sea el objetivo de la intervención a llevar a cabo y el momento en el cual se realiza (por ejemplo, un programa libre de drogas o un programa de reducción del daño). La evaluación para decidir esta será diferente y la ponderación de las distintas variables también, de modo que, si lo que hay que determinar es la modalidad más adecuada de desintoxicación, serán las variables biológicas y sociales las que tengan mayor peso; en cambio serán sobre todo las variables psicológicas y sociales las que determinen la modalidad de tratamiento y los programas específicos de intervención en la fase de deshabituación.

A modo de conclusión, solo nos queda resaltar la enorme complejidad de la intervención sobre las conductas adictivas en general y de la marihuana en particular, debido no sólo a la gran cantidad de variables implicadas que definen todo un estilo de vida en el consumidor sino a las características de la conducta en sí misma: el consumo de drogas es una conducta ilegal y por ello la intervención se encuentra con dificultades ajenas al ámbito estrictamente psicológico y/o técnico. Como en cualquier otro problema psicológico, es indispensable realizar el análisis funcional que permita explicar la/s conducta/s que lo conforman se podrán diseñar programas de actuación que posibiliten una intervención eficaz. En este sentido, solo nos cabe congratularnos por la publicación de una guía que sigue esta línea y felicitar al autor por su trabajo.

Dr. María Xesús Froxán Parga

Catedrática de la Universidad Autónoma de Madrid (España)

INDICE

1. Presentación 13
1.1. Objetivo general 13
1.2. Objetivo específico 14
2. Manual básico para psicólogos 15
2.1. Ética legal en la práctica profesional de los psicólogos 15
3. Sustancias nocivas para la salud 17
3.1. Clasificación de las drogas 17
3.2. Marihuana 18
4. Uso, abuso y dependencia de la marihuana 21
4.1. Intoxicación y abstinencia por la marihuana 22
5. Área psicológica 25
5.1. Teorías del aprendizaje 25
5.2. Teorías del aprendizaje enfocado a las adicciones 35
6. Expediente clínico-psicológico 39
6.1. Normas Oficiales Mexicanas 40
6.2. Instancias jurídicas legales 42
6.3. Análisis Funcional de la Conducta. 43
6.4. Filosofía conductual y Análisis Funcional de la Conducta 43
7. Prevención de consumo 51
7.1. Plan de tratamiento enfocado al consumo de marihuana 51
7.2. Red de apoyo 65
8. Conclusión 67
9. Referencias 69
10. ANEXOS 75
a) Anexo 1 75
b) Anexo 2 77
c) Anexo 3 79
d) Anexo 4 81
e) Anexo 5 83

f) Anexo 6: Escala de Hamilton para la Ansiedad 85
g) Anexo 7: Inventario de ansiedad de Beck..... 87
h) Anexo 8: Angustia..... 89
i) Anexo 9: Escala de desesperanza de Beck 91
j) Anexo 10: Depresión (Última semana) 93
k) Anexo 11: Inventario de Depresión de Beck 95
l) Anexo 12: Depresión, Episodio depresivo mayor..... 99
m) Anexo 13: Cuestionario de Abuso de drogas (CAD-20) 101
n) Anexo 14: Trastorno psicótico 103
o) Anexo 15: Escala de Riesgo suicida.....105
p) Anexo 16.....107
q) Anexo 17.....109

1. Presentación

El consumo de cualquier sustancia que llega a alterar los sentidos, emociones y comportamiento de cualquier ser vivo, es probable que, al estar bajo los efectos de este químico no natural del organismo generando un posible deterioro en cualquier parte del cuerpo, en este caso del ser humano. Por otra parte, a la marihuana también es conocida como cannabis. Desde la antigüedad se ha utilizado, desde la medicina ancestral hasta la medicina científica. En concreto, el impacto que puede desencadenar en la salud mental. Conviene subrayar que el impacto de la marihuana en México. (2024). Cada año consecutivo, en particular los problemas asociados al uso del cannabis y sus derivados, se han evaluado con el fin de documentar su historia y patrón del consumo desde el punto de vista de la epistemología.

No obstante, el Gobierno de México. (2024). Realizó un estudio en el año 2023 en donde se evaluaron aspectos generales como su historia de la marihuana, problemas con su uso, percepción de riesgo y mexicanos con rasgos específicos que consumen cannabis, cabe destacar que la investigación se aplicó mediante un cuestionario en línea para toda la nación mexicana, solo 1,208 habitantes contestaron las preguntas, entre ellos, los rangos más jóvenes eran entre 20 años, a excepción de 4 menores de edad, esto quiere decir, que aunque es un muestreo muy reducido, posiblemente arroja información fidedigna acerca de que la población mexicana utiliza la marihuana para relajarse, reducir el estrés, así como la diversión adquirida y para tratar los estados de ánimo, principalmente la depresión y la ansiedad.

Por otro lado, en 2023 se Implementó una guía para adolescentes sobre el uso y consumo de la marihuana, así mismo refiere que el impacto de la salud mental puede desencadenar ansiedad, pensamientos paranoicos y la alteración de la realidad, los posibles cambios en el organismo pueden causar futura dependencia y trastornos mentales.

1.1. Objetivo general

Esta guía busca orientar a los futuros profesionales de la salud a conocer los aspectos generales del consumo de mariguana junto con ayuda de instrumentos

complementarios desde un enfoque conductual. También cabe aclarar que no sustituye ningún manual y/o tratamiento psicológico basado en la evidencia.

Para finalizar, con esta guía espero que sea una forma de orientar a los estudiantes de psicología, al gremio de psicología y todo aquel que desee aprender.

1.2. Objetivo específico

Para empezar, se requiere el conocimiento legal, filosófico y teórico de la marihuana para poder psico educar mediante este manual, partiendo de lo general a lo particular con ayuda de elementos científicos de cada rama como la medicina y psicología.

2. Manual básico para psicólogos

En particular esta herramienta es importante para transmitir información sencilla pero útil sobre la forma de interactuar con el cliente ante el uso de las drogas, en especial la marihuana. Por otro lado, considero que esta guía está centrada en conceptos claros del Conductismo, Cognitivo-Conductual y Conductual-Contextual, así como sus aplicaciones filosóficas y técnicas, por lo cual esta guía dispone de herramientas básicas y fundamentales para la intervención del consumo frecuente de sustancias, en especial la marihuana de forma lúdico-recreativa.

Dicho de otra manera, la información que se presenta debe ser entendida con el fin de ampliar el panorama, principalmente del campo clínico encargado de investigar alteraciones comportamentales relacionadas con sustancias prohibidas por la ley.

Con respecto a una intervención supervisada y relacionada acorde a la historia de vida del cliente durante una intervención psicológica/terapéutica, se recomienda el uso manual más específicos para a la población que desee estudiar.

2.1. Ética legal en la práctica profesional de los psicólogos

También se debe considerar aspectos internacionales, en el cual el último informe internacional que ofreció la ONU. (2014). Con respecto a Latinoamérica, desde la integridad de los derechos humanos, el respeto a la integridad de las personas es prioridad, por lo consiguiente en Latinoamérica se acordó de controlar desde la perspectiva comercial, reducir el consumo con oferta y demanda, así como la regulación de cada sustancia, para finalizar mencionaron que se deben actualizar las investigaciones científicas, psicológicas pertinentes para seguir actualizándose desde las bases éticas, legales, jurídicas, científicas, tecnológicas y así poder generar una investigación integrativa entre profesionales de la salud, con esto el sector público económico y social puede determinar con mayor precisión una decisión para la población.

A pesar de que la Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). Menciona sobre como el profesional calificado en psicología debe tener valores dirigidos a la relación con su práctica cotidiana y científica, se considera también que los procedimientos

tanto teóricos como prácticos de forma educativa para ser más digerible su comprensión entre los mismos estudiantes y psicólogos más experimentados.

Cabe destacar que, aunque no menciona como tal un contrato entre el cliente y el profesional de la salud mental, se menciona que el consentimiento informado es un anexo importante en el expediente clínico-psicológico en el cual explica de forma detallada y concreta el proceso psicológico dentro de un consultorio profesional, investigación de laboratorio, de campo etc.

Sin embargo, dichos documentos pueden servir como complemento vital para una integración especifica de cómo trabaja un psicólogo, es decir, también existen reglas dentro de la sesión, contratos psicológicos/terapéuticos brindando un compromiso por parte de quien ejerce la profesión tanto de quien recibe el servicio de calidad. De acuerdo con lo anterior, el psicólogo ofrece un servicio de calidad que va acompañado de sustento valido, confiable y de forma supervisada para una mejor investigación dentro del campo psicológico en general.

3. Sustancias nocivas para la salud

Para iniciar con sustancias que afectan a los seres humanos, en concreto a los seres humanos se menciona en este apartado, de que cualquier sustancia que entre en el organismo altera el funcionamiento químico biológico y por ende cambia la personalidad del individuo en cuestión.

Para que se considere un posible peligro en las conductas por abusar de las sustancias, se pueda considerar nocivas para la salud, de acuerdo con la descripción del IMSS. (2024). Menciona que la adicción es cuando empieza a ser difícil, debido a que la persona intenta disminuir el uso frecuente de dosis que habitualmente experimentaba en comparación con el pasado.

Para complementar lo anterior, se considera importante la clasificación de las sustancias nocivas para la salud en este caso llamadas drogas, este último término puede ser mejor entendido desde la perspectiva farmacológica.

3.1. Clasificación de las drogas

De acuerdo con los especialistas encargados del Gobierno de México. (2022). Mencionan que se pueden dividir las sustancias para su mejor comprensión, en primer lugar se encuentran las drogas eufóricas, que entre ellas se encuentra el opio y sus derivados como la cocaína, piedra, cristal, crack, en segundo lugar se encuentran las sustancias llamadas fantásticas, debido a su uso enfocado a la alteración cognitiva y espiritual, destacando la mezcalina, marihuana, LSD, en tercer lugar entran los embriagantes en el cual sus efectos son enfocados al mareo y la alteración de la visión, algunos químicos pueden ser el alcohol, éter, cloroformo y bencina, en cuarto lugar están los hipnóticos y fármacos que producen alteración al sueño como los barbitúricos y somníferos, finalmente están los excitantes que pueden activar tu estado de alerta como el tabaco y cafeína.

En particular la marihuana está considerada una droga de origen natural que se encuentra clasificada dentro de las drogas ilícitas del gobierno mexicano, dicho todo esto, el cannabis está relacionada con niveles de consumo, en el cual se puede considerar de forma leve la adicción y tratarse de forma integrativa, en compañía del

área médica, psicológica, trabajo social y redes de apoyo para quienes soliciten servicios para el cede de consumo.

Por otro lado, históricamente la marihuana es de forma tradicional, pionera en el uso de la ilegalidad, sin embargo, no quita el hecho de que por ser natural no esté exenta de químicos extra para que aumente su potencia como el amoniaco.

Además, los daños de la salud dependen por la dosis, en particular, en concreto las dosis bajas son: Alteración el estado de ánimo, euforia, ansiedad, paranoia, alteración de percepción de tiempo y espacio, desesperanza, despersonalización, poca concentración, poco raciocinio, problemas de coordinación motora, incremento de apetito, sequedad en la boca y garganta, enrojecimiento de ojos. Mientras que las dosis altas son: Nauseas, vómito, aumento cardiaco, disminución de presión arterial, pánico y paranoia, despersonalización, y angustia extrema, por parte del gobierno de México, (2024). Considera que el deterioro principal, es en la memoria, provocando que aumente la frecuencia cardiaca y el daño cerebral, daño pulmonar y alteración cognitiva dando paso a una posible muerte por alteración grave en la salud.

3.2. Marihuana

Para empezar, la marihuana se ha usado desde la antigüedad, con fines médicos, religiosos. Actualmente está regulada por la ley general de salud. Mencionada en el artículo 237 sobre la marihuana y sus derivados, como la sativa, la indica e híbrida, así como sus derivados están prohibidos en el territorio nacional. El artículo anterior hace referencia al artículo 235 en el cual menciona que está prohibido, sembrar, cultivar, vender, exportar, consumir, etc. Dicho de otra forma, si se le llega a sorprender con posesión de la marihuana será llevado a las autoridades correspondientes y se determinará de acuerdo con la tabla de consumo personal, con respecto al gramaje de 5 gr es la cantidad permitida, aunque de forma jurídica el proceso lo prohíbe, respondiendo con una falta administrativa o un delito contra la salud.

Por otro lado, la marihuana se puede conseguir en cualquier parte del territorio mexicano, su uso, aunque no está a la vista de la población, se puede encontrar en redes sociales para su compra y venta personal, de igual forma los inicios de consumo son en la secundaria, cuando los jóvenes de entre 11-22 años empiezan a experimentar con grupos sociales, curiosamente las modificaciones de comportamiento de los mexicanos al consumir marihuana varía entre consumidores de acuerdo a las áreas rurales y urbanas como parte de su historia de aprendizaje.

De acuerdo con la perspectiva social, cabe destacar que el ambiente en el que se desenvuelven las personas, puede traer una consecuencia positiva o negativa, además Loredo et al. (2014), refieren que la desigualdad económica, refleja condiciones desfavorables para la mayoría de la población, también puede generar diversas variables, como el incremento de inseguridad. Por lo consiguiente, la negligencia puede aumentar la probabilidad de que se consuman diversas sustancias, entre ellas la marihuana, que principalmente sirve para calmar la ansiedad después confrontar a dichos ambientes de posible violencia.

4. Uso, abuso y dependencia de la marihuana

Para empezar las sustancias que afectan severamente el sistema nervioso central y periférico, debido a que los químicos no son naturales o sintéticos, también es importante recalcar que el Gobierno de México, (2018), considera empoderar o mejorar su forma de socializar y auto percibirse como importante, así mismo el siguiente paso, sería informar la diferencia entre el uso, abuso y dependencia del cannabis:

- En primer lugar, el uso de la marihuana para fines independientes a la salud de la persona, como el uso médico o recreativo, además la frecuencia de utilizar esta droga en específico, se debe profundizar si es de forma experimental, es decir, saber sus efectos para fines científicos y decidir dejar de consumirla, también si es de forma recreativa dando referencia al ocio, la relación de los grupos culturales, urbanos y musicales para disfrutar el momento, y/o de forma habitual que es cuando se repite el consumo de forma ocasional o continua desde que inicio el uso de la sustancia psicoactiva.
- En segundo lugar, el abuso de cualquier químico no natural que produce el cuerpo y se consume de forma repetitiva y más recurrente de lo que se consideraría normal el consumo de la persona en particular, en este caso las condiciones ambientales y el tipo de personas con quien se puede comunicar, esto puede llegar a afectar al individuo debido a que la población más joven puede atribuirla para un reconocimiento dentro de cualquier grupo de interés.
- En último lugar se encuentra la dependencia al momento de querer dejar de consumir la marihuana. En efecto, la persona empieza a experimentar sensaciones desagradables en momentos de su vida. De acuerdo a los expertos la persona entra en un círculo vicioso, consistente que en cuanto se acaba el producto, se da la persona a buscar recursos necesarios y conseguirla, para consumir, dando como conclusión que se genera dependencia, sin embargo, existen dos tipos de dependencia en el cual afecta principalmente de forma física y psicológica.

En conclusión, el estudio que debe realizar el profesional de la salud, debe tomar en consideración estos tres elementos y así enriquecer la información de la persona a la que se está ofreciendo los servicios, dicho de otra manera, la integración con otros profesionales se toma en cuenta para un registro más confiable y valido dentro de la investigación en particular.

4.1. Intoxicación y abstinencia por la marihuana

En este apartado se menciona el problema generado en el cuerpo del individuo cuando consume una sustancia conocida como droga ilegal, en específico la marihuana, acerca de los efectos varían de acuerdo a la cantidad y forma de consumir, es decir, si se fuma con algún objeto o instrumento especializado para fumar, también puede ser consumida con alimentos preparados o espolvoreada para acompañar, así mismo, puede ser bebida como infusión de té, con esto quiero decir que al consumir por primera vez la marihuana, empiezan los efectos, en concreto, el Centro Nacional para el Control y Prevención de las Enfermedades, (2021), refiere que la causa de los efectos de la marihuana por intoxicación tarda aproximadamente treinta minutos y dos horas en aparecer los primeros efectos, es posible que las personas no identifiquen los síntomas del cannabis cuando está instalada en su organismo, en cambio es difícil conocer la cantidad de cada psicoactivo ingerido, de igual forma se desconoce el porcentaje de gramos de la hierba mezclada con los alimentos, así como el consumo ingerido de acuerdo con su rutina personal.

Debido a que existen más de sesenta tipos de cannabinoides, de acuerdo con Gainza et al. (2003), explican los principios activos de la marihuana al consumirse. Acerca del Delta-9 Tetrahidrocannabinol (Δ9-THC), para ser más preciso, la composición química de la marihuana en el cual están los efectos psicotrópicos.

De igual forma otros deltas aparecen únicamente en plantas, vareadas bajo un efecto apenas detectable en los efectos del sistema nervioso central y periférico, para finalizar, también está el CBN y el CBD, están relacionados sus efectos en el sistema inmune para aliviar en el organismo zonas inflamatorias y anticonvulsivos.

Así mismo, la UNAM, (2017), mencionó que el DSM-V-TR reporto, que la marihuana causa desordenes físicos y psicológicos, relacionado con lo anterior, para que se considere un desorden por uso de drogas, la persona en primer lugar debió estar expuesta bajo grandes cantidades de la que normalmente acostumbra, en segundo lugar cuando empieza a generar problemas clínicamente significativos de forma conductual o psicológica del individuo, por ultimo si los signos y síntomas que no son atribuibles a otra condición médica y no son explicados por algún problema psiquiátrico o intoxicación de otra índole.

Por otra parte, la recopilación general de los síntomas psicológicos por consumo, intoxicación y abstinencia clarifica la diferencia entre debido al consumo/abuso de la

marihuana de acuerdo con la Asociación Americana de Psicología. (APA por sus siglas en inglés, 2022; Ver tabla 1).

Tabla 1. ***Diferencias sintomatológicas por consumo de marihuana***

Síntomas psicológicos por intoxicación de la marihuana	Síntomas físicos Por Intoxicación de la marihuana	Síntomas físicos y psicológicos de abstinencia Primeros 3-4 meses
• Ansiedad. • Pensamientos recurrentes de consumir marihuana, antes, durante y después de realizar una actividad. • Paranoia, miedo a que te cachen tus familiares, amigos, policía, ser llevado a la cárcel, ser denunciado. • Enojo/irritabilidad. • Espasmos. musculares, cadera, cuellos, etc. • Dolor de cabeza/migraña. • Dolor corporal. • Vomito. • Diarrea. • Mareos repentinos. • Menor distracción. • Menos o mayor actividad sexual de lo normal. • Pérdida apetito o mayor consumo de alimentos. • Perdida de interés para realizar actividades. • Sueño repentino durante el día. • Insomnio. • Poco efecto de mareo que proporciona la marihuana. • Pensamientos de que algún día dejare la marihuana cuando quiera. • Pensamientos de superioridad a otros. • Miedo/temor/odio hacia la policía. • Cauteloso con las cosas. • Mentir sin sentir culpa.	• Ojos. rojos/llorosos. • Tos. • Boca seca. • Pensamientos de paranoia. • Pensamientos repetitivos o fijados hacia una imagen, objeto, etc. • Sensación de que no avanzas cuando caminas (estar en una caminadora). • Hipersensibilidad de los sentidos. • Euforia. • Perdida de noción del tiempo. • Hiperactividad. • Sensación de libertad. • Motivación para realizar actividades. • Sensación de relajación. • Distracción. • Mayor efecto de mareo que da la marihuana.	• Insomnio. • Sudoración en manos, cuello, pecho, espalda, inglés, pies, etc. • Escalofríos durante el día y la noche. • Cansancio. • Desmotivación. • Sensación de que nos falta algo en la vida. • Irritabilidad. • Pensamientos de consumir marihuana. • Pensamientos de buscar la forma de como consumir marihuana (conseguir dinero, desbloquear a quien la vende y que vende, reanime con ellos, comprar una pipa, y fumar en un lugar).

5. Área psicológica

5.1. Teorías del aprendizaje

En este apartado hablaremos de la evidencia psicológica que va encaminada al área clínica. Para empezar, la psicología científica según la UNAM. (2024), nos da a conocer los primeros experimentos fueron desarrollados por los estructuralistas, siendo Wilhelm Wundt el padre de la psicología experimental al fundar su laboratorio en Leipzig Alemania en el año de 1879. El trabajo de Wundt descubrió que la consciencia está formada por procesos o construcciones formadas por:

- Sensaciones (Estimulo).
- Imágenes (Ideas).
- Sentimientos (Experiencias).

Para continuar explicaremos que existen 3 tipos de aprendizaje:

1. Aprendizaje Uniestimular o no asociativo:
2. Condicionamiento Respondiente (Clásico).
3. Condicionamiento instrumental (Operante).

Por otro lado, unos de los principales autores de la psicofisiológica fue Iván Pávlov. (1920). En sus investigaciones del proceso digestivo de los perros, los investigadores notaron que la salivación es una respuesta del alimento, de igual manera, sin presencia de dicho alimento producía saliva el animal, aunque de menor cantidad, posteriormente al asociar la comida con cualquier estimulo empezó a llamarlo secreciones psíquicas, posteriormente se dio el nombre a reflejos condicionados. Los reflejos condicionados tienen principios fundamentales como la adquisición de una respuesta incondicionada como contigüidad y contingencia.

- En primer lugar, Contigüidad: Se refiere al tiempo entre ensayos dentro de una misma sesión de experimentos.
- Segundo lugar intervalo entre estímulos: Tiempo en que se emparejan Estímulo Condicionado y el Estímulo Incondicionado (EC y EI), el intervalo entre estímulos, debe ser breve y el estímulo condicionado aparece antes de señal de la próxima presentación del incondicional.

- Tercer lugar es la contingencia: Describe cuando aparece el estímulo incondicionado en presencia del estímulo condicionado (cuando aparece uno, el otro también estará presente).

También menciona que las leyes de actividad nerviosa explican los mecanismos fisiológicos de los sistemas nerviosos centrales (SNC) y periféricos (SNP) que se presentan a continuación.

Excitación

El primer mecanismo, es el de excitación que establece o aumenta la conducta (respuesta condicionada) que fue realizada a partir de su excitación o activación de los sistemas nerviosos por la acción de estímulos condicionados excitatorios (EC+).

La inhibición

- Inhibición indirecta, externa: Es un reflejo que inhibe o compite con otro activo que ya existe.
- Inhibición directa: Es un mecanismo que sucede cuando el estímulo de un reflejo condicionado ya no se acompaña del resultado deseado.
- Extinción experimental: Después del condicionamiento se comienza a presentar el (EC+) de forma aislada, (en ausencia del estímulo incondicionado), hasta que ya no presente la respuesta condicionada, por lo que se transforma en un (EC-).
- Inhibición condicionada o diferencial: En el proceso de condicionamiento se añade un (EC-) que no se asocia con el estímulo incondicionado. La inhibición se comprueba al presentar el (EC+) y el (EC-) y observar que no ocurre la respuesta contradictoria.
- Inhibición de demora: El incremento bruscamente del intervalo entre estímulos durante los ensayos, la respuesta condicionada deja de ocurrir durante un tiempo.

Contingencia de dos términos (4 procedimientos)

Excitatorio (provoca predictibilidad)	Inhibitorio
• Apetitivo	• Apetitivo
• Aversivo	• Aversivo

Apetitivo: Estímulo que facilita/elicita conductas de acercamiento o aproximación.

Aversivo: Estimula/elicita conducta de evitación y escape.

Excitatorio: Predice la aparición de un estímulo. Estímulo condicionado a un estímulo incondicionado (EC → EI).

Inhibitorio: Si no está el EC, no está el EI.

Ejemplos:

La persona está esperando la respuesta de su contacto para conseguir droga, suena el celular, es la persona que le vende la marihuana. • Hay Sonido. → Hay droga. • No hay sonido → No hay droga.	**Condicionamiento Excitatorio de tipo apetitivo.**
La persona se encuentra en la calle con su vendedor de droga y en eso escucha un pitido de sirena de policía. • Hay Sonido → Reacción fisiológica de tensión y ansiedad entre las piernas como preparándose para correr. • No hay sonido → No hay reacción fisiológica de tensión y ansiedad en la entrepierna.	**Condicionamiento Inhibitorio de tipo apetitivo.**
La persona está fumando marihuana todo el día enfrente de su computadora viendo videos con el brillo alto en 3D. • Hay Luz → No hay comida. • Si no está la luz → tendrá. hambre y si comerá.	**Condicionamiento inhibitorio de tipo apetitivo.**
La persona está caminando segura en la calle bajo los efectos de la marihuana, y ve que está cerca un coche de policía con las luces encendida. • Hay luz → No hay reacción fisiológica de tensión y ansiedad en la entrepierna. • No está la luz → Hay una reacción fisiológica de tensión y ansiedad en la entrepierna.	**Condicionamiento inhibitorio de tipo aversivo.**

La Inducción:

La Inducción: Se refiere a los cambios de un estado al otro: (Excitación-Inhibición).

- Inducción negativa: La excitación concentrada en un punto de la corteza cerebral conduce a la inhibición de las zonas cercanas.

En definitiva, el conductismo tuvo lugar en el siglo XX, principalmente en EUA.

En relación con lo anterior, la UNAM. (2024). Señalo que de acuerdo con Marx y Hillis. (1987). Mencionan algunos postulados del conductismo:

1. Se centra en la naturaleza de la conciencia y la validez del método introspectivo, demandando una nueva sistematización.
2. Propone aplicar al estudio experimental del hombre iguales procedimientos y el mismo lenguaje descriptivo empleado con animales.
3. Para que la psicología fuera una ciencia objetiva, debería estudiar solo los comportamientos observables, sin tomar en cuenta la actividad metal no observable.
4. La conducta observable se estudia a partir de procedimientos objetivos, cuyos experimentos conducen a la formulación de una teoría psicológica basada en Estimulo - Respuesta.
5. Todo comportamiento complejo es un crecimiento o desarrollo de respuestas simples.

En relación con los principales autores se encuentra Edward lee Thorndike, en el cual inicio sus experimentos con animales descubriendo términos de aprendizaje, entre ellos Estimulo y Respuesta (E - R), menciona que toda conducta que se fortalece relaciona mejor su vínculo, al repetirse la respuesta y ese efecto ejercido por dicha asociación o repetición de respuesta provocara un efecto sobre dicha asociación, como el placer que resulta.

Relacionado con el texto anterior, de acuerdo con Monroy y Álvarez (2013), Thorndike postulo 3 leyes del aprendizaje:

- El primero. Ley del efecto: Es la tendencia a repetir aquellas conductas a las que le siguen las consecuencias agradables y a no hacerlo cuando las consecuencias son desagradables.

- El segundo punto. Ley de la predisposición: La satisfacción y la molestia dependen del estado del organismo en el momento que actúa
- El tercer punto. Ley de la predisposición: La satisfacción y la molestia que dependen del estado del organismo en el momento que actúa.
- El cuarto punto. Se asocian los E-R dependiendo de las prácticas repetitivas, considerando también lo señalado por la ley del efecto, que haya respuestas que obligan la satisfacción o eviten molestias.

Por otra parte, Benjumea. S. (2024). Explica que John Broadus Watson demostró que se puede condicionar una respuesta emocional, dicha asociación (rata peluda + sonido de gong), se adquiere un miedo que llega a ser una fobia causada por la ansiedad por el estímulo condicionado, dicho de otra manera, se alarga a otros estímulos parecidos a la generalización de estímulo, por otra parte, los miedos no son universales, se tiene que analizar el contexto en específico.

El siguiente autor es uno de los principales exponentes del conductismo. Benjumea. S. (2024). Menciona que Skinner en sus experimentos identifico 3 momentos que describían el objeto de lo que pasa, esto lo llamo unidad mínima de análisis: La triple contingencia.

A – B – C del Análisis de Conducta
Ejemplo de Marihuana

Estímulos antecedentes/situaciones del sujeto/contexto	**Respuestas/acción del sujeto**	**Estímulos consecuentes/resultado de la acción del sujeto**
Mi novia me reclama en mi cuarto porque estoy fumando marihuana.	Me enojo y siento tensión en la cabeza.	RF+ Le grito más fuerte que es una cualquiera.
Le grito más fuerte que es una cualquiera.	Me rio fuerte y empiezo a relajar mis hombros.	RF- Le digo que se calme, esta marihuana es medicinal.
Le digo que se calme, esta marihuana es medicinal.	Me relajo en mi cama y empiezo a poner música reggae.	C- Le digo que no la quiero ver nunca más.
Le digo que no la quiero ver nunca más.	Le digo de que es una llorona mientras me rio fuerte.	C+ Le digo que terminemos y le aviento sus cosas en el piso.
Le digo que terminamos y le aviento sus cosas en el piso.	Le digo que no va a encontrar a nadie como yo, me rio fuerte.	RF+ La acompaño a la entrada de mi casa para cerrarle la puerta mientras le grito fuerte con groserías en su cara.

Las contingencias son relaciones entre elementos que se producen de forma deliberada, dicho de otro modo, se llaman procedimientos:

- **Procedimiento positivo:** La operación del sujeto, suma, aumenta la magnitud o probabilidad de algún estimulo.
- **Procedimiento negativo:** La operación del sujeto, resta, disminuye la magnitud o probabilidad de algún estimulo**.**

Por lo consiguiente los efectos de la conducta se llaman:

Reforzamiento: Contingencias en las que la operación del sujeto trae como consecuencia, sumar, aumentar, la magnitud o probabilidad de algún estudio.

Castigo: Contingencias en la que la operación del sujeto supone restar, disminuir o probabilidad de algún estimulo.

La ley empírica del efecto

Las 4 contingencias operantes

A través de…		**Logra el FORTALECIMIENTO de la conducta.**	**Logra el DEBILITAMIENTO de la conducta.**
Signos de contingencia operante	Operación de SUMA.	REFORZAMIENTO POSITIVO.	CASTIGO POSITIVO.
	Operación RESTA.	REFORZAMIENTO NEGATIVO.	CASTIGO NEGATIVO.

Cuadro de Benjumea. S. (2024).

A su vez existen dos clases de estímulos en los cuales son:

- **Reforzadores positivos:** Son aquellos estímulos que refuerzan las conductas a las que son POSITIVAMENTE contingentes y castigan las conductas a las que son negativamente contingentes.
- **Reforzadores negativos:** Son aquellos estímulos que refuerzan las conductas a las que son NEGATIVAMENTE contingentes y castigan las conductas a las que son positivamente contingentes.

Para finalizar esta parte introductoria del conductismo se encuentran herramientas como el primer y segundo orden de condicionamiento operante, esto debido a que

utiliza instrumentos en base a las necesidades del sujeto estudiadas previamente, en los cuales son:

- **1° Orden:** Utilizar alimento.
- **2° Orden:** Utilizar dinero, reconocimiento social.

Por otro lado, la ausencia de la contingencia se le dice ‘’contingencia’’, que es cuando las respuestas no cambian, la frecuencia o probabilidad de un estímulo reforzador, para esto existen 2 tipos de contingencia que son:

- **Extinción:** Se realice una acción o se deja de hacer por parte del sujeto, la probabilidad de ocurrencia del estímulo reforzado es igual a 0.
- **Reforzamiento no contingente**: Se presenta un estímulo reforzador con determinado estimulo reforzador con una determinada tasa (unidad de respuestas emitidas en un determinado tiempo) y esta no cambia, se realice lo que se realice o deje de hacer.

Así mismo, existen estímulos antecedentes y deltas

Ed → (Estimulo) que será reforzada de alguna forma = **RF +** o **RF -**

El estímulo discriminativo (Ed): Son aquellas respuestas que fueron reforzadas en el pasado.

Ed	RS	RF
En la calle, me termina mi pareja, me puse triste y empezó a doler el estómago. • Más tarde mi mejor amigo me ofrece fumar marihuana para desahogarme.	Le dije que no estaba seguro, pero por la confianza que tenían confiaba en su amigo.	RF+ Su amigo le empezó a distribuir marihuana cada quincena para hacerlo sentir mejor.
• En el trabajo mis compañeros me invitan para fumar marihuana en el almacén y eso me provoca miedo, tensión en el estómago e inseguridad.	Les digo que debemos protegernos más para no ser descubiertos.	RF- Sus compañeros empiezan a vigilar por turnos cada día para reducir la incomodidad de fumar en el trabajo.

→ La respuesta no será castigada → **Extinción**

EΔ → Señala la ocasión

→ La respuesta será castigada → **Castigo + o Castigo -**

El estímulo delta (Δ) o estímulo discriminativo negativo: Son aquellas respuestas que **NO** fueron reforzadas en el pasado en su presencia, o cuales fueron castigadas.

Ed.	RS.	Extinción o Castigo.
En una fiesta, todos están consumiendo marihuana. • Un extraño en una fiesta me sonríe diciendo que fumemos marihuana y	Le digo que no gracias con tono de seguridad.	Extinción.
en una reunión en la casa de mis primos, nos quedamos en casa solos, empezaron a consumir galletas y brownies de chocolate con marihuana. • Me extendieron una charola donde estaba la comida con cannabis.	Les dije que eso me provocaba asco y vómitos en el estómago, prefiero el alcohol de etiqueta amarilla.	C+ Mis primos me empezaron a insultar y me aventaron el humo de marihuana en la cara.
Mi mejor amigo se quedó sin dinero y está en abstinencia por la marihuana. • Me empezó a pedir dinero de forma exigente y desesperada alzando la voz.	Le mencione con calma y tranquilidad que se esperara a la quincena y así la próxima vez comprara fuera de forma moderada.	C- Mi amigo se enojó, me saco el dinero de mi cartera y ya no lo volví a ver nunca más.

Por otro lado, el castigo de acuerdo con Kazdin. A. (2016). Refiere que el castigo es la presentación de un evento aversivo o retiro de un evento positivo contingente a la respuesta, que decrementa la probabilidad de la respuesta. A su vez se encuentran dos tipos de castigos más representativos:

- **Castigo positivo:** Consiste en presentar un supuesto estimulo contingente a una conducta con el objetivo de reducirla o eliminarla. (Recibir una tarjeta roja por derribar a un contrincante en el futbol).
- **Castigo negativo:** Consiste en el que el supuesto estimulo contingente realiza alguna conducta que tiene como consecuencia el retiro de un estímulo apetitivo

de su ambiente, con el objetivo de reducir o eliminar la conducta. (quedarse sin escuchar música por llegar con aliento a marihuana).

La generalización de estímulo

Se generaliza el estímulo y se va generalizando la respuesta, (condicionamiento clásico)

Se condicionan muchos estímulos neutros (EN) al mismo tiempo.

EI- → Discuto de marihuana con mi novia.

RI → Me siento enojado.

EN → (↓) Huelo a hierva, me dice que soy un perdedor, me dice que estoy sucio, me dice que existen hombres mejores que yo.

EC EN + RI.

RC → Cada vez me dice que huelo a hierva, me dice que soy un perdedor, me dice que estoy sucio, me dice que existen hombres mejores que yo, me dice que ya estoy mal psicológicamente, me enojo.

(EN1) Me dice que huelo a hierva. ↘ (EN2) Me dice que soy un perdedor. ↘ (EN3) Me dice que estoy sucio. → (EN4) Me dice existen otros hombres mejores que yo. ↗ (EN5) Me dice que ya estoy mal psicológicamente. ↗	(**EN**) Estímulos Neutros. →	**RS** = Se enoja.

Generalización de respuesta

Estímulos Neutros	Generalización la RS	(RS) Me causa ansiedad
(EN1, EN2, EN3, EN4, EN5) →	↗ Enojo → ↘	(RS) Grito groserías (RS) Me duele la cabeza (RS) Empiezo a fumar marihuana (RS) Me da miedo

Aquí la Saturación aparece por exceso de reforzadores y castigos, generando una pérdida del valor reforzante o un efecto contrario al mismo. (mucho de algo).

De acuerdo con lo anterior las presentaciones secuenciales generan el encadenamiento:

E1 → R1 → E2 → R2 →ER+

Se presenta un estímulo discriminativo, y se refuerza en su presencia de una respuesta ¨1¨. Por sí sola no produce reforzador, sino un cambio de estímulo discriminativo, cuando aparece el estímulo discriminativo ¨2¨. A su vez en su presencia va reforzando la respuesta ¨2¨ que a su vez lleva al reforzador.

- Primero tendrás E1 en respuesta de R1 para cambiar la situación estimular a E2 en cuyo caso tener E2 se hace respuesta R2 y llega el reforzador directamente.

Ejemplo:

E1 →	**R1 → (Reforzador condicionado de…)**	**E2 → (↔)**	**R2 → (Estimulo discriminativo de…)**	**ER+**
Sin sonido de la llamada de WhatsApp.	Darle la vuelta a la manzana en la calle concurrida sin luz.	Luz de alumbrado de la calle.	Sonido de llamada de WhatsApp.	Marihuana en una bolsa de papas.

- Dar una respuesta que consiste en contestar la llamada del WhatsApp cuando empiece a sonar, cuando no suena no contestamos al vendedor de droga, al momento que suena la llamada para confirmar el pedido salimos al punto de venta.
- 2° Pasa dándole la vuelta a la manzana de la calle concurrida sin luz donde venden la droga (se moldeo a dar una vuelta para comprar marihuana).
- 3° En este paso (se va a encadenar) no se da la marihuana cuando pasa por la calle, sino que se enciende el alumbrado de la calle.
- 4° Aquí le marcamos al WhatsApp (Sonido) para saber dónde está.
- 5ª Aquí se refuerza con el vendedor diciendo que está a una esquina llegando con la bolsita de marihuana en una bolsa de papas.

Para finalizar este apartado, se debe registrar mediante una Línea Base en el cual se registra durante cada sesión y el AFC.

Conducta blanco: Conducta que se quiere modificar bajo registros conductuales.

Para que el psicólogo pueda usar 3 procedimientos:

- Modificar/afinar comportamientos.
- Eliminar comportamientos.
- Instaurar comportamientos.

5.2. Teorías del aprendizaje enfocado a las adicciones

De acuerdo con los teóricos enfocados en esta ocasión, desde lo social, Martínez I. (2016). Expresa que Bandura. (1987). Encontró que existe una relación entre el consumo de cannabis en jóvenes y el consumo o aprobación de su uso por parte de padres de familia, amigos, o de la misma comunidad. Así mismo, se encontró que consumir sustancias a temprana edad provoca dependencia a los adultos jóvenes. Por otro lado, se hace la mención de que problemas de regulación emocional, así como otros problemas de déficit o exceso de comportamiento, y distorsiones cognitivas a la larga desencadena comorbilidades, a su vez llegando a confundir el origen y mantenimiento y reforzamiento de cada conducta en particular.

Por otra parte, la terapia cognitivo-conductual, menciona que los trastornos mentales enfocados a los psicoactivos, es un asunto de intervención psicoterapéutica que se aborda desde lo multidisciplinario.

A su vez Beck. A. et. al. (2016). Son los fundadores de la terapia cognitivo-conductual, en los últimos años empezó adquiriendo importancia con la evidencia científica desde sus bases conductuales y cognitivas, Para eso sugirió el Autorregistro del problema de consumo de sustancias, no debe pasar más de 4 semanas, se sugiere 1-2 semanas.

AUTORREGISTRO de A. T. BECK				
Situación (Fecha y Hora).	**Pensamientos Automáticos.**	**Emoción.**	**Fisiología/sensación corporal.**	**Conducta.**
¿Qué estaba haciendo en ese momento?	¿Qué le vino en ese momento a la cabeza? (recuerdos, imágenes, ideas). ¿En qué grado de 0 a 10 pensó que esos pensamientos eran ciertos?	¿Qué emociones sintió? ¿Cómo de intenso fue lo que sintió en una escala del 1 al 10?	¿En qué parte del cuerpo sintió incomodidad? ¿Cómo fue de intenso lo que sintió en una escala de 1 al 10?	¿Cómo reacciona?, ¿Cuál es su respuesta?, ¿Cómo actúas? Acción realizada para disminuir el malestar o modificar la situación.
Fumar marihuana rumbo al trabajo y pasa una patrulla.	Me estoy sintiendo mal, me van a detener, me va a dar un ataque, no seré capaz de salir de la cárcel. Valor: 10 en todos los pensamientos.	Ansiedad. Miedo.	Pecho. Entrepierna. piernas. Cabeza. Hombros y manos.	Rápido me voy por otra calle y me voy corriendo a esconderme.

Por otro lado, para Ellis. El centro de la ansiedad y la depresión es el pensamiento rígido y dogmático y no las distorsiones cognitivas que Beck menciona como causa principal.

Pirámide de Beck para Modelo de Intervención

PA (Pensamientos Automáticos).	Es lo que piensas de una situación, de la situación que estas teniendo ahora. La persona fuma marihuana en la calle con sus amigos: • ¿Tengo los ojos rojos? • ¿Huelo a marihuana? • ¿Creo que ahí viene la policía? • ¿Nos va a cachar la policía? • ¿No te quieres ir ya? • ¿Notaron que estoy temblando? Cogniciones forma automática y continua.
Cognición Intermedia.	Lo que tú crees que los demás piensan de ti (como crees que los demás te perciben aquí de ti). • Piensan que soy marihuano. • Piensan que soy delincuente. • Piensan que no sirvo para la sociedad. • Todos me ven y piensan que los voy a asaltar. • Si me ven sudando me rechazaran.
Cognición Nuclear.	Las creencias y pensamientos son vividas en uno mismo, siempre crees eso de ti mismo, constantemente. • Soy bueno. • Soy tonto. • Soy drogadicto. • Estoy enfermo de la mente.
Esquema. Problema.	Esquemas tempranos desadaptativos. • Requiere intervención. Terapia de Esquemas de Jeffrey Young para problemas de comportamiento. Es la propia esencia de la persona.

Heman. A. (2020) Menciona que las técnicas Cognitivo-conductuales pueden ser utilizadas, siempre y cuando el cliente ya entendió que es irracional lo que piensa, pero los pensamientos siguen llegando, mientras no tenga consciencia de lo que piensa no se podrá modificar cognitivamente.

De acuerdo con Rascón. M. (2011). Estos son las 11 ideas irracionales de Albert Ellis en forma de lista.

1. Las creencias sobre la aprobación de los demás.
2. Debes ser fuerte en todos los aspectos.
3. La "maldad" es voluntaria y debe ser castigada.
4. Debes obtener todo lo que te propongas.
5. Cada uno es como es y no puede cambiar.
6. Preocuparse por lo que viene, evita los errores.
7. Lo difícil hace más complicada la vida.
8. Hay que buscar la independencia a toda costa.
9. Es necesario dejar todo el pasado atrás.
10. Debes procurar cambiar a la gente para que mejores.
11. Busca la perfección.

De acuerdo con lo anterior Beck consideraba que los pensamientos automáticos estaban relacionadas a las sustancias adictivas, junto con emociones intensas

Para finalizar Vicente Caballo, (2008). Menciona que la deshabituación física es efectiva para superar los problemas de abstinencia por consumo de sustancias, también refiere que se debe hacer una lista de consideraciones para deshabituarte al consumo de sustancias:

- Necesidad de tener el tipo de sustancia.
- Contexto o el ambiente que determina el fácil acceso a la marihuana.
- La percepción de la sustancia.
- La duración del síndrome.
- Estilo de afrontamiento.
- Malestar que provoca el consumo.

6. Expediente clínico-psicológico

En cuanto al Expediente clínico, el Gobierno de México. (2023). Mención que es el conjunto de información de datos personales de un paciente, en el cual se integra dentro de algún establecimiento/lugar público o privado, dirigido a la atención médica y/o psicológica, el documento está empleado por escritos, gráficos, imágenes, electrónicos y de cualquier índole.

De acuerdo con lo anterior, el Gobierno de México. (2008). Refiere que el profesional de la salud, en este caso el psicólogo encargado de intervenir con el cliente empezara a formar el expediente clínico-psicológico con siguientes lineamientos:

- Consentimiento informado.
- Carta responsiva.
- Reglamento del consultorio.
- Entrevista clínica.
- Instrumentos/escalas de evaluación.
- Notas de evolución psicológica.
- Formato de canalización medica-psiquiátrica/neurológica.
- Nota médica.
- Alta del paciente.

La lista anterior es solo un ejemplo de cómo debe estar integrado de forma general la documentación del profesional de la salud.

El Gobierno de México. (2011). Implemento procedimientos para la consulta de psicología clínica:

- Carnet del paciente que acude a su cita previamente asignada.
- El psicólogo atiende al paciente dentro del espacio asignado para dar la atención pertinente.
- Durante la sesión el psicólogo realiza las anotaciones de los aspectos relevantes, siendo identificados y plasmándolos en el expediente psicológico de carácter confidencial.
- Al término de la sesión, si lo amerita el caso, se le asigna una nueva cita.

- El psicólogo al finalizar la sesión registra la nota de evolución en el expediente clínico.
- El psicólogo guarda de forma segura en un espacio asignado para los expedientes.

6.1. Normas Oficiales Mexicanas

Para empezar el Gobierno de México. (2015). Desarrollo Normas Oficiales Mexicanas (NOM). Las cuales son técnicas que ayudan a regular cualquier dependencia competente dentro del territorio mexicano para poder dar un servicio de calidad con respaldo de la ley y sin dañar a terceros desde la salud física y mental. También cabe destacar la ley se encarga de emitir comunicados a través del diario oficial de la federación, para ser más específicos en materia sanitaria, se debe actualizar cada 5 años para su modificación y actualización de dichas normas para el bienestar de la salud de la población mexicana.

Por otro lado, cabe señalar que en este apartado, destacaremos 4 Técnicas regulatorias de la NOM para ampliar el conocimiento que ofrece el psicólogo.

En primer lugar, se encuentra la Norma Oficial Mexicana. NOM-004. (2024). Menciona que todos los establecimientos de atención clínica deben tener expedientes clínicos para cada paciente, los procedimientos deben tener tratamiento y seguimiento, así mismo el documento del psicólogo debe estar en un lugar seguro y confidencial para que solo el personal autorizado pueda acceder al documento. De igual forma el expediente clínico recopila información de la persona en consulta.

Los datos del paciente deben ser:

- Nombre.
- Edad.
- Género.
- Antecedentes Heredofamiliares.
- Historial clínico: Médico-Psicológico.
- Motivo de consulta.
- Resultados de evaluaciones clínicas.

En cuanto a las notas de evolución, el psicólogo clínico detalla el cuadro psicológico (signos y síntomas), en donde previamente se realizaron instrumentos de evaluación, en este caso de tipo psicológico para un adecuado diagnóstico (DSM 5-

TR/CIE-11), pronostico (Favorable/desfavorable/reservado) y tratamiento (Conductual, Cognitivo-Conductual, Conductual-Contextual), y su nota de referencia o canalización desde el establecimiento que se envía, receptor y un resumen clínico.

Para finalizar el documento del profesional clínico debe estar vigente durante 5 años, posteriormente debe ser destruida su documentación, esto es debido a que pierde relevancia porque el comportamiento de la persona cambia desde su ambiente, para ser más específicos el Diagnóstico médico y psicológico, solo describen en qué estado se encuentra el sujeto durante ese momento. Al proporcionar un tratamiento, es de esperarse que se modifique dicho diagnóstico provocando que evolucione la personalidad, desde la perspectiva comportamental reflejada en las evidencias plasmadas en los documentos del profesional de la salud.

En segundo lugar, la Norma Oficial Mexicana. NOM-005. (2024). Nos menciona que se debe tener las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo, en este caso en el consultorio publico/privado, lugar de investigación, espacios para aprender ciencia y tecnología, almacenamiento de productos de limpieza, condiciones ambientales adecuadas, salidas de emergencia, avisos de precaución, servicios públicos como agua y luz para mejores condiciones del lugar, baño como parte de las condiciones de un lugar adaptado.

En tercer lugar, esta Norma Oficial Mexicana. NOM-024. (2024). Destaca que se debe generar, procesar, conservar, interpretar y asegurar el intercambio correcto de información entre sistemas de información de registro electrónico para la salud, entre ellos se encuentra el expediente clínico de forma electrónica, dicho documento debe especificarse para cambios técnicos en escenarios de intercambio de diseño y tipo de sistemas, esta norma tiene la intención de regular información de los documentos referentes a temas de salud para su registro, intercambio, supervisión y consolidación de información.

El cuarto y último lugar, la Norma Oficial Mexicana. NOM-035. (2024). Describe que esta norma se aplica en todos los centros del trabajo dentro del territorio nacional mexicano, aplica siempre y cuando al número de trabajadores que laboran:

- Centros donde elaboran hasta 15 personas.
- Centros de trabajo donde laboran entre 16 y 50 trabajadores.
- Centros de trabajo donde laboran más de 50 trabajadores.

De acuerdo con lo anterior, dichas instituciones deberán cumplir con dos requisitos.

- Prevenir que los trabajadores se expongan a acontecimientos traumáticos severos, y la difusión de información.
- Identificación y análisis de factores de riesgo psicosocial, evaluación del lugar, organización, medidas, acciones de control con la ayuda de exámenes médicos y psicológicos registrados.

Cabe mencionar que existen leyes/normas que son importantes para el servicio de las personas. Sin embargo, se destacan estas cuatro específicamente y para esta obra escrita.

6.2. Instancias jurídicas legales

Para iniciar este apartado, de acuerdo con el Gobierno de México. (2024). Refiere que solo el titular de los datos o su representante, debidamente acreditado, podrá solicitar copia del expediente, ya que se tratan de datos personales y confidenciales.

Las autoridades judiciales, órganos de la procuración de justicia y autoridades administrativas en ejercicio de las funciones, podrán solicitar el expediente clínico sin autorización expresa del titular o su representante.

El artículo 24 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Gobierno de México. (2024). Viene lo siguiente.

Sin perjuicio de lo que dispongan otras leyes, sólo los interesados o sus representantes podrán solicitar a una unidad de enlace o su equivalente, previa acreditación, que les proporcione los datos personales que obren en un sistema de datos personales. Aquélla deberá entregarle, en un plazo de diez días hábiles contados desde la presentación de la solicitud, en formato comprensible para el solicitante, la información correspondiente, o bien, le comunicará por escrito que ese sistema de datos personales no contiene los referidos al solicitante.

De acuerdo con el Gobierno de México. (2024). Se solicita en la unidad de transparencia del INPREM, misma que se puede encontrar a través del sistema INFOMEX Gobierno Federal. (https://www.plataformadetransparencia.org.mx/).

Por otro lado, el expediente clínico debe ser entregado en la Unidad del INPRFM, previa acreditación de titularidad de los datos personales o de representación del titular.

Para esclarecer, el artículo anteriormente mencionado (Art. 24). Refleja que el tiempo de entrega del expediente del profesional encargado, será de diez días hábiles.

En esta última parte, la modalidad de entrega dependerá de la solicitud del titular del expediente, tratándose de copias simples, no deberá tender costo alguno en la reproducción de dicho documento solicitado, en caso se solicitar copias certificadas, se calculará el costo de reproducción da acuerdo a lo establecido por la Ley Federal de Derechos Vigentes.

6.3. Análisis Funcional de la Conducta.

6.4. Filosofía Conductual y Análisis Funcional de la Conducta

Para empezar, existen diferentes tipos de psicología, sin embargo, nos concentraremos en la filosofía-psicología determinista y monista, (conductismo).

La definición de la psicología según Freixa. E. (2024). Es el estudio del psiquismo o del aparato mental para comprender los mecanismos de su funcionamiento.

Específicamente esta perspectiva filosófica estudia la introspección, la para entender cómo funciona la mente.

Para el monismo solo existe una esencia en el universo, no es intuitivo, menciona que la percepción no justifica la realidad de las cosas, es el análisis científico que nos explica la verdadera naturaleza de las cosas.

Para ser más específicos, existen dos tipos de monismo:

- **Monismo materialista:** El mundo material por naturaleza, los fenómenos naturales, son formas diversas de la materia en movimiento.
- **Monismo idealista:** El mundo externo no existe en sí, son reorganizaciones de las percepciones de nuestros sentidos, el mundo está en nuestro interior y lo organizamos con sensaciones que nos llegan, pero no están, todo es ilusión óptica de los sentidos, conduce al absolutismo, lo único que existe soy yo, mi mente.

Por otro lado, el determinismo refiere que toda conducta está determinada por una serie de eventos, historia personal de reforzadores.

Dentro del determinismo se encuentra el vitalismo que consiste en que toda la naturaleza/materia muerta que produce en el ser humano, cambia las cosas, el campo del ser humano seria especial, se rige por leyes distintas de los principios de las conductas naturales.

Por otro lado, todas las psicologías, excepto el conductismo y el Interconductismo, se focalizan en la causa eficiente (E-R), lo que precede es la causa de lo que sigue, explica que lo heurístico del conductismo y el Interconductismo es desplazar la causa eficiente hacia la causa final, expresa que la topología no es importante, sino que es la causa final.

Para el conductismo, resuelve problemas de la psicología mentalista a prioridad, cuestiones de problemas mentalistas, se reduce por cuestiones, problemas conceptos de conducta.

Entre esta filosofía psicología destacamos el conductismo metodológico

- Conductismo metodológico: Análisis de comportamiento humano a partir de E-R dentro del ambiente físico, biológico y social del organismo. También destaca que existe la conducta privada (pensamientos, imágenes, recuerdos), y a su vez se excluye al no ser observada de forma directa.

Para aclarar el texto anterior, el conductismo no niega el fenómeno mentalista, sino que niega su conceptualización bajo la teoría cognitiva, o cualquiera que proponga el concepto bajo el fenómeno de pensamiento.

Mentalismo

Se refiere a lo que causa la conducta del individuo, la forma particular, para modificar el comportamiento de una persona es con herramientas observables.

Para finalizar esta parte, es por eso por lo que el conductismo y el análisis científico se relaciona muy bien, debido a que explica la verdadera naturaleza de las cosas, y por ende al chocar con las percepciones cognitivas implica que la realidad supera una idea sin fundamento.

Análisis experimental del comportamiento

El análisis experimental del comportamiento (AEC), es un sistema conceptual y metodológico elaborado por Skinner. B. (1975). Explica que el análisis conceptual de dicho comportamiento ocupa investigaciones filosóficas, históricas, conceptuales y metodológicas para su investigación básica.

Cabe recalcar que se debe crear y desarrollar esquemas teóricos con fines científicos desde la perspectiva conductual.

De acuerdo con otro autor representativo, Ardila. R. (1999). En el cual manifiesta supuestos básicos del análisis experimental de la conducta, los cuales son:

- La descripción analítica de las relaciones funcionales entre clases de respuestas y clases de estímulos, dando una explicación o consecuencia del comportamiento.
- Comprobar la confiabilidad de los resultados obtenidos de las investigaciones y demostrar sus características generales.

A su vez se debe mencionar los tipos de contingencias desde el AEC.

- El Primero es el crecimiento y desarrollo de un ser vivo desde los factores genéticos interactuando con el medio ambiente, dando forma a la biología y fisiología del organismo en particular.
- El segundo es el desarrollo filogenético: Aprendizaje y hábitos adquiridos dentro de una especie familiar/social.
- El último es el desarrollo cultural: costumbres y creencias que rigen una conducta dentro de un medio ambiente o sociedad; esto incluye la alimentación, ambientes tecnológicos, lenguaje, zona gráfica y clima.

Actualmente la conducta según Freixa. E. (2022). Es el movimiento muscular visible, público y de manera complementaria, de carácter mental (procesos internos/privados) que actúan en presencia de un estímulo con el fin de elaborar la respuesta adecuada e intentar poner en evidencia el comportamiento.

Ciencia conductual

Para Bunge. M. (2024). Existen dos ciencias:

1. Formales: Diseño y creación de objetos de estudio, matemáticas.
2. Fácticas: Descripción de la realidad (psicología), realidad que describen los fenómenos, tratando de explicar, predecir y controlar.

A su vez existen experimentos y aplicaciones dentro de la ciencia.

- Conocimiento fáctico: Inicia con los hechos y regresa a los hechos, de manera que va comprobando comportamientos partiendo de evidencia, el conocimiento se verifica a través de pruebas experimentales y rigurosas
- Ciencias analíticas: Descomponen un todo en partes para entender y comprender el comportamiento desde su aprendizaje, el conocimiento se va verificando a través de la demostración empírica y observable.

El conocimiento científico debe ser preciso, para esto la filosofía de la ciencia debe organizar ideas, determinar el objeto de estudio y como estudiarlo.

Estudiar los fenómenos de la conducta operante, su objeto de estudio y la conducta que es variable, cambiante, se debe tener relación con el análisis funcional de la conducta. Según Hernández. J. (2020). Refiere que la ciencia conductual tiene conexión entre todas sus disciplinas:

- **Primera generación:** Conductual.
- **Segunda generación:** Cognitivo Conductual.
- **Tercera generación:** Conductual Contextual.

Para trabajar desde la perspectiva Analítico-Funcional del Comportamiento, se debe intervenir desde el cambio contextual.

También la clase temporal: Es el comportamiento operante a la que se encuentra en medio de otras conductas discriminativas (temporal), a su vez es discriminativo en otras conductas.

Análisis funcional de la conducta en nuestros tiempos

Para comenzar, una de las autoras contemporáneas es la doctora Froxán. M. (2024). Refiere que el Análisis Funcional de la Conducta; Es una relación entre elementos de una unidad de conductas. (E- R- C).

Por otro lado, también la doctora Froxán. M. (2024). Menciona que NO es un Análisis Funcional.

- No es una descripción.
- No es una organización temporal de conductas.
- No es una etiqueta diagnóstica.
- No es el mapa de patogénesis de la TCC.

Para ser más específicos el análisis funcional es:

- Estimulo.
- Respuesta.
- Consecuencia.

De acuerdo con lo anterior, es la unión de todas las secuencias analizadas en una hipótesis que explique la totalidad del problema (en el caso del AF en terapia).

En relación con las cuestiones básicas del análisis funcional:

- La conducta es una corriente continua, sin principio ni final.
- Todo funcionamiento psicológico consiste en hacer, decir, pensar, imaginar, emociones, recordar, pensamiento es conducta encubierta y el lenguaje es conducta verbal.
- Elementos que conforman no son estímulos o respuestas por naturaleza, sino por la función que cumplen en un determinado momento temporal y para una determinada respuesta → Unidad conductual en construcción experimental.
- Funcionalidad de un elemento de la secuencia conductual no depende de su topografía o morfología, sino de su estudio de contingencia que va relacionado entre los elementos de la secuencia de investigación.
- La contingencia: Esta relación establece dos elementos de una secuencia de conducta:

    - RC (Respuesta Condicionada).
    - E - R - C (Estimulo, Respuesta y Consecuencia).

        - Se debe mencionar desde términos operantes para indicar la probabilidad de que la aparición de uno de los elementos implique la aparición del otro, así como la probabilidad de que, si uno no aparece, tampoco aparece el otro.
- La conducta es interacción, es solo una propiedad relacional, no tiene extensión.

Para Ser más específicos la doctora Froxán. M. (2020). Para explicar la definición de Conducta, se debe:

- Ser operacional.
- Hacer posible la evaluación de la eficacia del tratamiento.

En cuanto a la definición morfológica:

- Debe estar basada en la apariencia de la conducta.

Mientras que la definición funcional:

- Se basa en la función de la conducta.

Para el análisis de la relación Psicólogo-Cliente

Interacción profesional.	
Cambio clínico como un moldeamiento de nuevas conductas a través de contingencias obtenidas en la interacción psicológica. →	Conceptualización de la relación profesional: Es el futuro de la interacción que permite el control de la conducta y del consultante por parte del psicólogo clínico.

Como parte del lenguaje clínicamente relevante en la interacción profesional

- Muestra del problema.
- Parte del problema, puede ser la expresión de lo que dice y hace de su vida.
- Herramienta para el cambio (Decir-Hacer).
- Equivalencia funcional entre la palabra y lo que refiere.
- Las aplicaciones de técnicas de intervención se realizan de forma verbal.

La cognición como parte de la conducta

- La cognición es una conducta más que está sujeto a las mismas leyes de aprendizaje que cualquier otra conducta.
- Pensamiento que se presenta en los supuestos esquemas mentales internos de forma oculta.
- Los pensamientos son como habla interna, de forma audible que fueron aprendidas de forma social.
- Solo la misma persona puede acceder al lenguaje interno, en el cual dichos fenómenos inobservables actúan de forma conductual, que la conducta manifiesta u obsérvale.
- Sistema de señales que permanecen en la ocurrencia del proceso de condicionamiento del ser humano, como consecuencia adquiriendo nuevas respuestas sin dejar contacto directo con el estímulo incondicionado.
- Cuando las palabras adquieren un significado apetitivo o aversivo por condicionamiento complejo de forma estimular, palabra-significado que a su vez adquiere una función operante dentro de conducta discriminativa, está la respuesta de acercamiento o alejamiento respectivamente.
- El proceso psicológico en general y las técnicas cognitivas (verbales) pueden explicarse en términos de moldeamiento y encadenamiento verbal, mientras que los procesos operantes de reforzador, castigo, y procesos pavlovianos que pertenecen a la modificación de respuestas emocionales a través del lenguaje durante la interacción profesional.

Además, García M. et al. (2024). El Análisis Funcional de la Conducta en los casos clínicos debe tener los siguientes lineamientos para el plan de tratamiento:

1. Detallar los procedimientos o técnicas que se emplearán.
2. Orden de los procedimientos psicológico.
    - Objetivos y técnicas unidos.
    - Conocimiento y procedimiento de técnicas para el cambio (mecanismos de aprendizaje).
    - No confundir el objetivo/meta con el procedimiento.
    - A veces una técnica o procedimiento es más genérico y sirve para otros procesos de comportamiento.
    - Algunos objetivos se consiguen alcanzando otros.
    - Manejo de contingencias en sesión.

Para finalizar este apartado, el autor Camargo. D. (2024). Nos explica que un Análisis Funcional Aplicado, no tiene lineamientos específicos para realizarse en cuadros, sino que es más acorde a las necesidades del psicólogo ante dicha intervención.

Ed.	**Respuestas.**	**Consecuencias.**	**Triple relación de contingencia.**
Estimulo Antecedente.	**Respuesta Fisiológica.**	**Estimulación Consecuente.**	**Análisis Funcional.**
El estudiante fuma marihuana en el salón de clases.	**Respuesta cognitiva:** Soy el mejor, me agrada fumar y me emociona.	Sus amigos dentro del salón lo halaban como si fuera una estrella de música.	RF + Aumenta la probabilidad de volver a consumir marihuana dentro del salón de clases.
El estudiante en clase menciona los beneficios de consumir marihuana.	**Respuesta Fisiológica:** Aumento de respiración cardiaca y respiratoria.	Su profesora le menciona con evidencia científica y conductual que la marihuana causa peligros para la salud y no por nada sigue siendo ilegal.	C+ Disminuye la probabilidad de que el estudiante deje de hablar de marihuana dentro del salón de clases.
El estudiante de clases empieza a vender droga en la escuela.	**Respuesta cognitiva:** Soy el mejor de la escuela, nadie me para.	Sus amigos y compañeros de clase le avisan cuando llega algún directivo y/o docente y así por evitar algún castigo.	RF- aumenta la probabilidad de que el estudiante siga vendiendo con el respaldo de su gente.
El estudiante es sorprendido con un cigarro de marihuana dentro de las instalaciones educativas.	**Respuesta fisiológica:** Aumento de respiración cardiaca y tensión en la cara.	EL director manda llamar a sus padres y lo hace repetir el semestre.	C- Disminuye la probabilidad de que ocurra.

7. Prevención de consumo

De acuerdo con el Gobierno de México. (2022). Estas son las instancias jurídicas y legales, están encargadas de prevenir el consumo de la marihuana:

- La Secretaria de Seguridad y Protección Ciudadana.
- Secretaria de la Defensa Nacional.
- Secretaria de Marina.
- Guardia Nacional.

Estos servidores públicos trabajan para que las sustancias psicoactivas no lleguen a la nación y destruyan el impacto biopsicosocial del territorio mexicano.

Por otra parta se debe dejar de frecuentar ambientes que pueden ser detonantes para que el individuo llegue a recaer.

- Evitar asistir o escuchar eventos de música/culturales, etc., que promueven el consumo de la marihuana.
- Grupos específicos de redes sociales donde venden las sustancias, se debe salir de los grupos.
- Bloquear a las personas que venden dicho material nocivo para la salud (amigos, conocidos, familiares).

Nota: Después de consumir la marihuana, pueden surgir pensamientos después de varios años, llegan de forma inusual, sueños de consumir la sustancia, aunque son de menor frecuencia.

7.1. Plan de tratamiento enfocado al consumo de marihuana

En psicología clínica los problemas de comportamiento se trabajan de forma rigurosa y sistemática, Becoña. E. et. Al. (2007). Menciona que no hay un plan de tratamiento único que sea apropiado para todos los individuos, el tratamiento debe tener disponibilidad, además la intervención tiene que ser atendida a las múltiples necesidades del individuo, en el cual no es exclusivo de drogas, por otro lado, cada

plan de tratamiento debe ser modificado, actualizado y adaptado de forma individual para su mayor cuidado.

De acuerdo con lo anterior, si una persona tiene trastornos mentales aparte de los que se encuentran por consumo de sustancias, se deberá realizar un tratamiento integrado, para profundizar, los usuarios que estén bajo procedimiento de desintoxicación deberán ser monitoreados como parte de su recuperación física y mental.

De acuerdo con el Gobierno de México. (2017). Las características de un plan de tratamiento para evitar el consumo de marihuana:

- Limitaciones Clínicas intrínsecas: Disponibilidad de horarios, niveles académicos y laborales, niveles socioculturales, niveles económicos.
- Factores extrínsecos: Clima del ambiente adecuado, libre expresión, así como los inmuebles.
- Población: Personas voluntarias y/o que fueron diagnosticados por sospecha de consumo de sustancias.
- Número de participantes: 1.
- No. de sesiones: 25 aproximadamente.
- Duración de cada sesión: 50 a 60 minutos.
- Frecuencia de sesiones: 4 veces al mes.
- Área: Clínica.
- Corriente: Conductual y Cognitivo-Conductual.
- Lugar: Consultorio privado/espacio gubernamental.
- Número de psicólogos/psicoterapeutas: 1-2.

Herramientas para la terapia conductual enfocada en el consumo de la marihuana

Para empezar Stumphauser. J. (1983). Pionero en manuales de entrenamiento para el trabajo multidisciplinario, nos menciona que la terapia conductual se realiza desde el análisis conductual, en el cual está relacionado a la aplicación de los principios de aprendizaje para la modificación de conducta.

Para esto se debe identificar que habilidades le hacen falta al consultante, se le dificulta para decir: ¡No! cuando le ofrecen marihuana, o sus propios comportamientos habituales de fumar marihuana en su cuarto, provoca que recaiga.

Si el psicólogo se apoya de otros profesionales para que sea más entendible el tema de la marihuana, y con ayuda del Modelamiento, la persona modifica su comportamiento desde su estilo de aprendizaje.

Cabe aclarar que existen diferentes principios para modificar el comportamiento, sin embargo, solo nos enfocaremos en dos:

Para incrementar la conducta: Habilidades sociales de tipo operante

Modelamiento	Moldeamiento
Elegir el modelo. • Artificial: Video de alguien que si lo haga. • Actor: Sea alguien que conozcas y tenga a habilidad para expresarla. • Role Playing (Practica entre psicólogo-paciente). Identificas la habilidad que le hace falta y se interviene.	El individuo aprende nuevos comportamientos instaurados. • Nuevo lenguaje. • Nuevo paso de baile. • Tocar mejor el instrumento con clases más sencillas).

Para decrementa la conducta: Dejar de consumir de tipo operante.

Condicionamiento	Contra condicionamiento
• EC → RC • E → RS → RF+ **Asociativo.** EC Cada vez que escucho música de meditación en mi cuarto. RC: Me dan ganas de fumar marihuana. **Instrumental** E: Escucho música de meditación en mi cuarto. RS: Me dan ganas de fumar marihuana. RF+: Preparo la hierba con papel de celulosa y empiezo a fumar en una esquina mientras me relajo escuchando música de meditación.	Una respuesta condicionada se elimina, de forma eficaz si se condiciona una nueva, al mismo tiempo se extingue la anterior. **Asociativo.** EI: Escucha música de meditación en su cuarto. RI: Fuma marihuana. EN: Se llene de comida hasta el vómito. EC: (Vomito + Fuma marihuana). RC: Cada vez que fume marihuana le causa vomito. **Instrumental.** E: Fuma marihuana. RS: Causar vomito. C+: Ver videos de personas vomitando.

	C-: Tirar la marihuana en ese momento en el baño. El vómito puede estar contra indicado, así que se tiene que utilizar otros estímulos que considere el usuario como aversivos y poder ser asociado al consumo de marihuana y asa su consumo sea menos frecuente.

Se recomienda utilizar:

- Olores.
- Sabores.
- Imágenes visuales.
- Material de trabajo.

Siempre y cuando no causen un peligro mayor a la persona, se recomienda indagar su historia clínica antes.

Posteriormente el consultante debe aplicar las tareas para aprender nuevas habilidades de regulación emocional, asertividad y pragmatismo.

Con relación a Wolpe. J, (1981). Logro desarrollar algunos criterios para empezar a desarrollar tratamientos para los diversos problemas de comportamiento.

Tratamiento de las fobias: Sensibilización sistemática (Wolpe 1958)

Proceso	Objetivos
1) Contracondicionamiento.	Lograr que el estímulo que produce la respuesta de miedo deje de producirla o incluso produzca una sensación de calma o relajación.
2) Decrementos por generalización.	Asegurar que el estímulo ansiógeno genera una ansiedad menor que la respuesta emocional apetitiva entrenada ante otros estímulos.

Sensibilización sistemática se utiliza como Contracondicionamiento se intenta que el estímulo fóbico que produce ansiedad en el cliente deje de producir malestar, e incluso que produzca la reacción contraria, provoca reacción de relajación, calma, tranquilidad,

bienestar es el objetivo, para esto el lugar del estímulo que producía ansiedad deje de producirla e incluso produzca la conducta contraria, de calma y relajación.

En lugar de enfrentar al sujeto directamente con el estímulo que crea la fobia/ansiedad, vamos a utilizar estímulos parecidos que generan ansiedad, es decir vamos a empezar con estímulos muy poco parecidos que generan muy poca ansiedad, acercamos al sujeto ante la situación por la que vino a nuestra consulta por lo que tenemos como cliente para quitarle el malestar como situación real.

Otro autor que también hemos mencionado anteriormente expresa desde la modificación de comportamiento de las emociones. Froxán. M. (2006). Expresa que La terapia Cognitiva-Conductual de Ellis y Beck, actualmente es uno de los enfoques que más ha aportado en cuanto al desarrollo de tratamientos enfocados a diferentes problemas comportamentales, en este caso la depresión puede ser una de varias respuestas relacionadas al consumo de la marihuana.

Después de evaluar y explicar tanto teóricamente, con evidencia que proporcionan los Análisis funcionales de la conducta, y si se obtiene un problema de comportamiento que dificulta el funcionamiento de la persona, se debe organizar los problemas de forma jerárquica la importancia de cada uno y así el procedimiento se identifica y modifica de forma controlada y cuantificable desde el pensamiento de depresión, emoción/sensación fisiológica y los comportamientos que se manifiestan en su ambiente.

En relación con la depresión. Reyes. M. et al. (2020). Nos menciona que debemos planificar un plan de tratamiento que el paciente pueda utilizar para evitar crisis de ansiedad, así evitar consumir sustancias psicotrópicas y estar bajo el estado depresivo.

Plan de tratamiento enfocado para a las crisis de ansiedad/depresión

- En una lista colocar los signos de alarma que pueden reaparecer ante cualquier estimulo que involucre a la marihuana.
- Estrategias de afrontamiento que el consultante puede usar: (Técnicas que aprendió con el psicólogo para reducir los niveles ansiógenas/depresivos) al momento de que le ofrecen o desde que piensa querer consumir el cannabis.
- Lista de personas y lugares a los que puede recurrir para la distracción, hasta que el momento de ansiedad, depresión-suicidio pase, se debe incluir números de

teléfono para una mayor contención: Número del profesional encargado, familiar, amigo, instancia gubernamental.

En específico la depresión con el consumo de sustancias, puede generar un descontrol emocional, desencadenándolo a los comportamientos de suicidio, los estados emocionales dejan de ser placenteros, estresantes, por ende la situación experiencial la evitan, negando su realidad y distorsionando más sus pensamientos a una alternativa como por ejemplo, acabar con su vida aumentando la dosis de consumo, conductas de riesgo para conseguir la sustancia, posibles grupos asociados a la delincuencia, etc.

Los principios básicos antes de una intervención son:

Cuando las personas consumen marihuana excitando las situaciones vividas y su única solución es incluir a la sustancia en base a la evitación/escape de la confrontación y aceptación que puede experimentar.

Al principio el consultante no aceptar el tratamiento debido a que lo percibe como:

- Inescapable: No hay solución, No quiero, hay tratamiento fácil.
- Intolerable: Va a ser desagradable, va a doler.
- Interminable: 3 meses, 25 sesiones son mucho, no creo aguantar.

El psicólogo debe cambiar por lo menos 1 de los 3 puntos anteriores con la práctica del aprendizaje experiencial que consiste en desarrollar nuevas habilidades de afrontamiento durante las sesiones y tener una mejor calidad de vida.

A continuación, hablaremos de los cambios que produce el consumo y abstinencia de la marihuana ante los problemas de sueño, insomnio y como se puede intervenir. El doctor Balam. H. et al. (2024). Menciona que el sueño es un estado fisiológico que está presente en todos los organismos vivos caracterizado por los cambios conductuales y electrofisiológicos identificados, específicamente, estos cambios conductuales encontramos una postura reclinada, una disminución de respuesta a los estímulos externos y la revisión del estado de vigilia, por otro lado nos menciona que el insomnio es un trastorno de sueño que se caracteriza por la dificultad en el inicio, mantenimiento y consolidación del sueño, a pesar de contar con las

condiciones adecuadas para el mismo, repercutiendo en el estado de alerta, afectando a las áreas personales del ser humano.

Los problemas de comportamiento enfocadas al sueño, emociones y por sustancias pueden estar relacionadas a un origen en particular, se recomienda indagar, para ir descartando diagnósticos clínicos.

Para el tratamiento de insomnio enfocado al consumo de marihuana, se recomienda una evaluación multidisciplinaria, que sea médico y psicológico.

Higiene del sueño

Esta técnica de intervención médica se enfoca en propiciar las condiciones para dormir adecuadamente:

- Horario regular para irse a dormir y despertarse.
- Tomar una siesta que no exceda los 45 minutos.
- Evitar consumir alcohol 4 horas antes de acostarse.
- Evitar consumir café o bebidas endulzantes.
- Hacer ejercicio, pero no antes de acostarse.
- Usar ropa cómoda para dormir.
- Tener la habitación con una temperatura agradable antes de dormir.
- Quitar todo ruido o luz que me distraiga antes de dormir.

Para una intervención psicológica de control de estímulos enfocado al insomnio por consumo/abstinencia de marihuana.

La técnica se centra en implementar 5 instrucciones básicas:

1. Ir a la cama solo cuando se tiene sueño.
2. La cama solo debe usarse para dormir o tener actividad sexual, cualquier otra actividad las realizaremos en otra parte.
3. Si no hemos conciliado el sueño en los primeros 20 minutos después de acostarnos, debemos levantarnos y salir del dormitorio.
4. Realizar los pasos 3 y 4 cuantas veces sea necesario.

Dependiendo de la información obtenida del AFC enfocado a la marihuana y su relación con el insomnio, podemos restringir otros hábitos que interfieren con el proceso homeostático del sueño.

Por otro lado, estos pasos deben ser previos para iniciar el plan de tratamiento por consumo de marihuana.

En el motivo de consulta se le menciona lo siguiente:

- Tener el Consentimiento informado y la Carta compromiso.
- Preguntarle al paciente si está dispuesto a dejar la marihuana, debido a que no es fácil desintoxicarse, aunque no imposible.
- Dejar de consumir la marihuana (bajar las dosis), en un horario registrar que se consume menos para que no llegue los síntomas de la abstinencia de forma temprana.
- Tirar los objetos con el que se consume (pipa, papel, encendedor, etc.).
- Borrar contactos que promuevan el consumo, venta y distribución de la sustancia (amigos, dejarle, páginas de marihuana).
- Dejar de escuchar música, así como objetos relacionada a las drogas (ropa, collares, diademas, pantalones).
- Dejar de frecuentar eventos y/o grupos que promueven las sustancias (conciertos, bares, casas de algún conocido).

Plan de intervención psicológico enfocado a la marihuana

No. DE SESIÓN	TIEMPO	TÉCNICA	OBJETIVO	MATERIAL	DESARROLLO
1	50 min.	Psicoeducación.	Proporcionar información verídica, científica al cliente acerca de las consecuencias del uso, intoxicación de la marihuana a corto y a largo plazo.	Imágenes de personas en la cárcel por posesión de marihuana, videos de las consecuencias físicas y psicológicas.	De forma verbal, visual y sonora las consecuencias físicas y psicológicas. Problemas financieros sociales por el consumo de sustancias. Así como la sensibilización del autocuidado personal e higiénico y sus estrategias de afrontamiento para evitar consumir.
	50 min.	Autointrucciones.	El mismo cliente se da a si mismo ordenes o instrucciones de forma interna o verbal y reduce sus niveles ansiógenos.	Ninguno	• Observa algunos objetos • Describe esos objetos. • Habla en tercera persona para modificar el pensamiento. • Empiece a tocar algunos objetos para distraerse. • Guiar el comportamiento a una actividad que implique moverse.

					(No debe concentrarse en su cuerpo porque RF+ la frecuencia cardiaca, respiratoria, preocupación).
4-5	50. min.	Paro de pensamiento. 1. Sustitución del pensamiento. Aarón. T. Beck.	Previamente se debió analizar los pensamientos irracionales del cliente, consiste en sustituir la cognición que genera malestar por otro pensamiento real.		Se debe generar el pensamiento ligado a la ‘’Autoeficacia.’’ Para su mayor adaptabilidad.
6-7	60 min.	Paro de pensamiento. 2. Bloqueo del pensamiento. Aarón. T Beck.	Detener los pensamientos que nos generen malestar emocional y modificarlos.	Ninguno	Tanto Verbal como interno/externo se debe crear una frase corta, que sea repetitivo y personal que ayude a cambiar de pensamiento, así como dirigir la atención por uno más adaptado.
8-9	60 min.	Paro de pensamiento. 3. Paro aversivo.	Procedimiento de autocontrol para eliminar pensamientos repetitivos contrarrestándolos con entrenamiento continuo.	Liga de goma	Se coloca una liga primero en un brazo (no en la muñeca, no tendones ni venas) durante un determinado tiempo, posteriormente en otro brazo con su respectivo registro, cada vez que llega el pensamiento de fumar marihuana se da un golpe con

					la liga considerable para reducir los comportamientos internos de consumir marihuana.
10-11	60 min.	Paro de pensamiento. 4. La hora de la perturbación. Bandura.	Consiste en reducir la generalización de estímulo, a una sola hora en donde se somete la persona a dejar que se perturbe con los comportamientos indeseables durante un periodo de tiempo muy corto.	Ninguno	Elegir una hora en la que te puedas perturbar, un horario fijo en donde los pensamientos deben aparecer solo en tiempos específicos durante el día, si aparecen antes o después de la hora indicada no se puede realizar dicha herramienta. El cliente menciona que aún no es o ya paso su hora de perturbación.
12-13	60. min.	Reestructuración cognitiva. Albert Ellis y Aarón. T Beck.	Identificar, confrontar y modificar pensamientos automáticos e ideas irracionales.	Ninguno	El concepto de cada palabra y/o frase, se debe confrontar de forma verbal los pensamientos automáticos y así darle un significado diferente con respecto al consumo de la marihuana.
14-15	60. min.	Inoculación al estrés. D. Meichenbaum y R. Cameron.	Brindar estrategias de afrontamiento para situaciones estresantes que le permitan reducir sus comportamientos de consumo.	Ninguno	Realizar un entrenamiento de respiración diafragmática y posteriormente realizar una relajación progresiva enfocada en la tensión y distención de cada parte del cuerpo.

16-17	60 min.	Tensión/Distensión de Jacobson.	Consiste en relajar la tensión muscular con el objetivo de reducir el malestar y conseguir la desactivación del estado de presión asociada en las partes del cuerpo.	Ninguno	Practique esta técnica sentado o acostado, en una postura que le resulte cómoda. Cierre los ojos. Centre su atención en su propio cuerpo. Inhale aire por la nariz, comience el ejercicio con la mano izquierda, cierre el puño, tense los músculos y concéntrese en esta situación de tensión durante 10 segundos y que afloje la mano. Sienta como la sensación de relajación es mucho más agradable. Continúe con este proceso de tensión-relajación (distensión) y sienta la diferencia de sus músculos cuando están tensos y cuando están relajados, siguiendo este orden. Finalmente tense todo el cuerpo como si fuera una sola pieza.
18-19	60 min.	Regulación emocional. James Gross.	Capacidad de tolerar y manejar apropiadamente el comportamiento acorde al	Ninguno	identificar los comportamientos que generan un malestar, posteriormente se debe conocer c/u de las

			ambiente y lugar que genera tensión emocional.		emociones, aceptarlas y centrarnos en conductas adecuadas el momento de expresarlas.
19-20	60. min	Activación Conductual. Aarón. T. Beck.	Trabajar el cambio comportamental, las conductas deben estar registradas importancia y valor, así como la atención y disponibilidad para adaptarlas a la realidad.	Ninguno	Modificación de verbalización, emoción y comportamiento en base a las actividades antes, durante y después de ser aplicadas y seguir reforzando su estado de ánimo.
21-22	60 min.	Técnica de desensibilización sistemática. Joseph Wolpe.	La relajación se produce, mientras que progresivamente la ansiedad se reduce ante situaciones imaginadas por el paciente, rompiendo la asociación del estrés y el recuerdo desagradable.	Ninguno	1- Escala de unidades subjetivas de la ansiedad (miedo a las inyecciones). • Escala De ansiedad. 0 relajado. 10 pánico. 2- Jerarquía de miedos (lista). Relajación expuesta a la imaginación, junto con la jerarquía de estímulos que genera miedos se junta, relacionado con el establecimiento de una

					respuesta de relajación profunda.
23-24	60 min	Técnica de exposición: Imaginación.	Consiste en enfrentar en repetidas ocasiones un estímulo que resulta ser aversivo para la persona provocando que se adapte a responder y reducir los niveles ansiógenos y de miedo asociado al estímulo.	Imágenes representando las consecuencias de consumir marihuana	Se coloca a la persona en un lugar seguro para realizar la intervención de forma gradual, empieza a imaginar las imágenes, sonidos, recuerdos de eventos desagradables y de esa forma hasta ir reduciendo las situaciones problemáticas que experimenta el individuo.
24-25	60 min	Habilidades sociales para la prevención y control de recaídas	Desarrollo de habilidades sociales y estrategias de afrontamiento enfocadas a lo largo de las sesiones con la finalidad de reducir y/o evitar el consumo de la marihuana	Material visual	Se le va a plantear al cliente una serie de situaciones adaptadas a su contexto en el cual el primer contacto seria consumir marihuana, con la finalidad de que utilice las herramientas anteriores, así como las autointrucciones aplicadas y desarrolladas a lo largo del proceso psicológico.

- No se recomienda el uso de Mindfulness (consciencia plena) si la persona medita, se relaja, utiliza hipnosis para estar en trance, y/o algo relacionado con alejarse de la realidad está contraindicado), (RF+ ganas de consumir la sustancia para llegar a un estado de enajenación y como consecuencia llegar a tener una distorsión cognitiva, esto como consecuencia para llegar a un estado de ego espiritual (es un ser superior a todos los que no meditan, no tienen conexión divina) sin objetivo adaptado a la realidad).

7.2. Red de apoyo

Para un apoyo social, el Centro de Integración Juvenil. (2024). Menciona que cuando se tenga ganas de querer consumir después de cualquier tratamiento médico-psicológico propone decir ¡Alto!

Se debe identificar que conductas en el ambiente, personas u objetos relacionados con el uso de sustancias:

- Problemas familiares.
- Estar bajo un estado de ansiedad, depresión o coraje, así como pensamientos relacionados al consumo.
- Estar con amigos que consumen para no estar solo.

Evaluación personal.

Beneficios reales con la marihuana.	Problemas reales con la marihuana.
	• Sin dinero para comer ($15,000 pesos al año). • Problemas familiares. • Problemas de higiene personal y aliño. • Problemas con mi exnovia. • Problemas en la escuela. • Problema con amigos. • Problemas en el vecindario. • Problemas con la policía Falta administrativa y tentativa de ir a la cárcel. (Fumar en la calle, allanamiento de morada, por fumar en un lugar aparentemente seguro).

De acuerdo con lo anterior, no te quedes sin expresar la situación, se brindará información para anticipar los riesgos de la salud.

También la abstinencia se puede ver como algo desagradable, esto es debido a que el cuerpo empieza a desintoxicarse y entra a un proceso de cambios de comportamiento, se deben trabajar las siguientes áreas para que sea más sencillo el cambio de comportamiento durante la falta de marihuana.

- Familias: Comunicación aceptación de respeto, reuniones familiares aparte de la hora de comer para expresar las necesidades de cada uno.
- Social: Búsqueda de nuevos eventos sociales/amigos que surgen en tu localidad, actividades que impliquen concursos, obras de teatro, cine, cursos/talleres de oficios y habilidades.
- Religión/cultural: Creencia católica/cristiana, agnóstica, etc., se recomienda tomar apoyo de estas comunidades sin llegar al fanatismo.
- Formación académica: Reiniciar o retomar clases desde las herramientas, la frecuencia, lugar y donde se estudia.
- Laboral: Buscar ofertas laborales, modificar la actitud de trabajo y si está asociado al uso de sustancias se recomienda dejarlo para que no se convierta en un detonante para una posible recaída.
- Sexual: Auto placer, motivación por la recuperación de erección que fue provocado por la relajación de forma frecuente y regulación en el ciclo menstrual, ovulación, deseo sexual, mejor lubricación vaginal.
- Salud: Se recomienda ir con los siguientes profesionales de la salud para mantener y modificar hábitos de cuidado saludable: Médico, Dentista, Nutriólogo.

Para finalizar, el Centro de Integración Juvenil. (2024). Menciona que se puede identificar los problemas de consumo con Herramientas de evaluación que se encuentran en: (http://www.cij.gob.mx/Autodiagnostico/index.asp). Los cuales arroga un diagnóstico que se considera importante para tratarse con un profesional dedicado al consumo de sustancias, en específico la marihuana.

8. Conclusión

Como pudimos observar durante los capítulos previos, el TUS es un problema de salud pública que debe ser atendido por diversas áreas. Con respecto al área de psicología, la evidencia ha mostrado que los tratamientos conductuales son efectivos al disminuir de manera rápida los comportamientos de consumo y los efectos de la abstinencia.

El objetivo del presente libro, es brindar una actualización de aspectos teóricos y prácticos que permita a los psicólogos con poca o nula formación tener elementos de evaluación y diagnostico que permitan contribuir al tratamiento de esta problemática.

Sin más, esperamos que este manual les sea útil.

9. Referencias

Álvarez-García, H.B. & Jiménez-Correa, U. (2024). Intervención conductual breve para insomnio para teleconsulta ICBI-TC. Manual del terapeuta. Generis Publishing.

American Psychological Association (2022). First Edition. Text revision. DSM-5-TR. American Psychological Association

Ardila. R. (1999). The experimental Analysis of Behavior. Basic concepts and perspectives. Bogotá. Foundation for the Advancement of psychology.

Beck. A. et al. (2016). Terapia Cognitiva de las Drogodependencias. Buenos Aires. Paidós.

Becoña. E. et. Al. (2007). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Sociedad científica española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías.

Benjumea. S. (2024). Experto en análisis funcional de la conducta modulo 2 condicionamiento clásico. Madrid España. Recuperado de: https://engramapsicologia.es/

Benjumea. S. (2024). Experto en análisis funcional de la conducta: modulo 2 condicionamiento operante. Madrid España. Recuperad de: https://engramapsicologia.es/

Benjumea. S. (2024). Experto en análisis funcional de la conducta: modulo 2 condicionamiento operante. Madrid España. Recuperad de: https://engramapsicologia.es/

Bunge. M. (2024). La ciencia. Su método y su filosofía. Única Ed. Siglo Veinte Nueva imagen. UNAM. México. Recuperado de: https://posgrado.unam.mx/musica/lecturas/LecturaIntroduccionInvestigacion

Musical/ epistemología/Mario-Bunge-la-Ciencia-su-Metodo-y-Filosofia.pdf

Caballo. V. E. (2008). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual para los trastornos psicológicos. México. España: Siglo XXI editores. S.A

Camargo. D. (2024) Análisis funcional de la conducta.

Centro de Integración Juvenil. (16 de junio de 2024). CIJ contigo. Atención psicológica en Línea. Gobierno de México. Recuperado de: http://www.cij.gob.mx/cijcontigo/4.html

Centro de Integración Juvenil. (16 de junio de 2024). Micrositio de Autodiagnóstico de salud mental y adicciones. Gobierno de México. Recuperado de: http://www.cij.gob.mx/Autodiagnostico/index.asp

Centro nacional para el control y prevención de las enfermedades. (17 de noviembre de 2021). Intoxicación. Envenenamiento. CDC. Recuperado de: https://www.cdc.gov/marijuana/health-effects/es/poisoning.html

Clasificación internacional de enfermedades para las estadísticas de mortalidad y morbilidad. (14 de noviembre de 2019). 11ª edición. CIE-11. Clasificación internacional de enfermedades para las estadísticas de mortalidad y morbilidad.

Freixa. E. (2022). ¿Cómo puede ser uno conductista radical hoy en día? Algunos malentendidos acerca del conductismo. España. Sara ediciones.

Freixa. E. (2024). Epistemología del conductismo. Madrid España. Recuperado de: https://engramapsicologia.es/

Froxán. M. (2006). Tratando depresión. Guía de actuación para el tratamiento psicológico. Pirámide.

Froxán. M. (2020). Análisis funcional de la conducta Humana: concepto, metodología y aplicaciones. Pirámide.

Froxán. M. (2024). Análisis Funcional de la Conducta. Congreso internacional. Guadalajara. México.

Gainza. I. Et. Al. (2003). Dug poisoning. Scielo. Vol. 26. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000200006

García M. et al. (2024). Análisis funcional de la conducta. Madrid España. Recuperado de: https://engramapsicologia.es/

Gobierno de México. (03 de febrero de 2023). *Conoce sobre la marihuana. Guía preventiva para adolescentes. Infórmate*. [PDF]. Gobierno de México. Recuperado de: https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/conoce-sobre-la-marihuana

Gobierno de México. (05 de junio de 2024). *Conoce sobre la marihuana*. Recuperado de: https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/conoce-sobre-la-marihuana

Gobierno de México. (14 de febrero de 2024*). Estudio sobre el uso de Cannabis y sus derivados en población mexicana*. [PDF]. Estudio sobre el uso de Cannabis y sus derivados en población mexicana. Gobierno de México. Recuperado de: https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/estudio-sobre-el-uso-de-cannabis-y-sus-derivados-en-poblacion-mexicana?state=published

Gobierno de México. (14 de junio de 2024). ¿Qué es el expediente clínico? Gobierno de México. Recuperado de: www.inprf.gob.mx/transparencia/archivos/pdfs/como_solicitar_expediente.pdf

Gobierno de México. (16 de junio de 2024). El artículo 24 de la ley federal de transparencia y acceso a la información pública. Gobierno de México. Recuperado de: www.inea.gob.mx/transparencia/pdf/LFTAIPG.pdf

Gobierno de México. (16 de junio de 2024). Plataforma nacional. DF. Transparencia. Gobierno de México. Recuperado: https://www.plataformadetransparencia.org.mx/

Gobierno de México. (20 de agosto del 2015). Normas Oficiales Mexicanas. Gobierno de México. Recuperado de: https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705

Gobierno de México. (20 de marzo de 2018*). Conoce las diferencias entre Uso, Abuso y Dependencia de Sustancias Psicoactivas*. Gobierno de México. Recuperado de: https://www.gob.mx/imjuve/articulos/conoce-las-diferencias-entre-uso-abuso-y-dependencia-de-sustancias-psicoactivas.

Gobierno de México. (2008). Protocolo de psicología para la atención de pacientes con enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovasculares y diabetes. Gobierno de México.

Gobierno de México. (2011). Manual de procedimientos técnicos para psicología. Gobierno de México. Recuperado de: www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/152384/manual_proc_psico.pdf

Gobierno de México. (2017). Plan de tratamiento enfocado a evitar el consumo de drogas. Gobierno de México.

Gobierno de México. (2024) *Consideraciones técnicas sobre la cannabis*. [PDF]. Gobierno de México. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/539292/Consideraciones_t_cnicas_cannabis.pdf

Gobierno de México. (24 de abril de 2013). *Ley general de la salud*. Gobierno de México. Recuperado de: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf

Gobierno de México. (27 de septiembre de 2022). Estrategia nacional para la prevención de adicciones. Gobierno de México. Recuperad de: https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/campana-nacional-contra-las-adicciones-en-tiempos-de-covid-19-y-salud-mental

Gobierno de México. (3 de marzo de 2023). Información del Expediente Clínico. Gobierno de México. Recuperado de: https://www.gob.mx/salud/hraepy/acciones-y-programas/información-del-expediente clinico#:~:text=El%20Expediente%20Cl%C3%ADnico%20se%20integra,y%20es%20de%20car%C3%A1cter%20confidencial.

Gobierno de México. (31 de marzo de 2022). Las drogas tradicionales y sintéticas en México. Recuperado de: https://www.gob.mx/sedena/prensa/las-drogas-tradicionales-y-sintéticas-en-México

Heman. A. (2020). Terapia Cognitivo Conductual. Vol.1. México. Bibliomedia.

Hernández. J. (2020). Procesos psicológicos básicos. Terapias conductuales Contextuales. Hidalgo. México.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (04 de mayo de 2014). *Definición De adicción a sustancias o drogas.* Gobierno de México. Recuperado de: http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/adicciones

Kazdin. A. (2016). Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. Castigo. Manual Moderno.

Loredo. A. et al. (2014). *La marihuana. Entorno social y sus efectos nocivos en el proceso in útero, en la niñez y en la adolescencia*. Revista de la facultad de medicina. México. Vol. 57. (no. 6). Scielo. Recuperado de:

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000600027

Martínez I. (2016). Propuesta de intervención en un caso de adicción al cannabis. Universistas Miguel Hernández.

Norma Oficial Mexicana. NOM-004. Del expediente clínico. (14 de junio de 2024). Norma Oficial Mexicana. Recuperado de: https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

Norma Oficial Mexicana. NOM-005. (14 de junio de 2024). Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamientos de establecimiento para la atención de pacientes ambulatorios.). Norma Oficial Mexicana. Recuperado de: https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4132/Salud/Salud.htm#:~:text=de%20pacientes%20ambulatoriosNORMA%20Oficial%20Mexicana%20NOM%2D005%2DSSA3%2D2010%2C%20Que,que%20dice%3A%20Estados%20Unidos%20Mexicanos.

Norma Oficial Mexicana. NOM-024. (14 de junio de 2024). Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de sistemas de expediente clínico electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interacción, confidencialidad, seguridad y usos de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud. Norma Oficial Mexicana. Recuperado de: https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4151/salud/salud.htm#:~:text=expide%20la%20siguiente%3ANorma%20Oficial%20Mexicana%20NOM%2D024%2DSSA3%2D2010%2C%20Que,est%C3%A1ndares%20y%20cat%C3%A1logos%20de%20la

Norma Oficial Mexicana. NOM-035. (14 de junio de 2024). Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención. Norma Oficial Mexicana. Recuperado de: https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/7415/stps2a11_C/stps2a11_C.html

ONU. (2014). Junta Internacional de Fiscalización de estupefacientes. [PDF]. ONU. Recuperado de: https://www.unodc.org/lpomex/site-search/gsa-site-search.html?q=marihuana+mexico+2014

Pávlov. I. (1920). Los reflejos condicionados. Rices de la memoria.

Rascón. M. (2011). Ideas irracionales y padecimiento psicológicos: análisis en perpetradores y receptoras de violencia de pareja. Psicopatología clínica, Legal y Forense. Vol. 11. Pp. 83-99. Universidad Nacional Autónoma de México

Reyes. M. et al. (2020), Guía clínica de evaluación y tratamiento del comportamiento suicida. Manual moderno.

Skinner. B. (1975). La conducta de los organismos. Un análisis experimental. Fontanella.

Sociedad mexicana de psicología. (2010). *Código ético del psicólogo. De la calidad del trabajo desempeñado por el psicólogo*. Trillas.

Stumphauser. J. (1983). Terapia conductual. Trillas.

Universidad Nacional Autónoma de México. (2017). Efectos físicos y psicológicos del uso de drogas psicoactivas. Aprendo +. (09 de junio del 2024). Recuperado de: https://aprendomas.cuaed.unam.mx/

Universidad Nacional Autónoma de México. (2024). Guía de estudio 104 la psicología científica y sus sistemas teóricos. UNAM. Recuperado de: https://suayed.iztacala.unam.mx/guia-de-estudio-104/

Universidad Nacional Autónoma de México. (2024). La psicología científica y sus sistemas teóricos. La psicología norteamericana: el conductismo y neoconductismo. UNAM. Recuperado de: https://enlinea.iztacala.unam.mx/resources/guias/M104/M104U5.pdfhttps://enlinea.iztacala.unam.mx/resources/guías/M104/M104U5.pdf

Wolpe. J, (1981). Práctica de la terapia de conducta. Trillas.

10. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

yo_____de_____años

con domicilio en_____

sin presión alguna acepto la atención psicológica de acuerdo con el perfil profesional y principios ético en las sesiones.

He sido informado de que el procedimiento mencionado tiene por objeto.

_____

_____

Estoy consciente de que no todas las enfermedades y enfermos son iguales, por lo que no pueden generalizarse en el cual acepto también, ante cualquier complicación o efecto adverso durante la atención que se me otorgue atención psicológica, que se practique las técnicas y procedimientos necesarios para mi salud.

He sido plenamente informado de la autorización que otorgo y del contenido de esta carta y de que la misma no incluye la necesidad de recabar la correspondiente a cualquier otro procedimiento que extraña un alto riesgo.

Lugar y fecha: _____

Firma de usuario

_____

Psicólogo tratante **Psicólogo asesor**

_____ _____

ANEXO 2

C.D de México. A __00___de_____de___0000____.

CARTA RESPONSIVA

A través de este documento hacemos de su conocimiento la importancia de atender al paciente _____de ____años.

Siendo el tutor responsable_____se le informa con la intención de prevenir y/o atender las situaciones de riesgo detectadas en el/la paciente, por profesionales de la psicología.

Por lo anterior, se les informa a ambos que, de hacer caso omiso al consentimiento informado, así como reglas y actividades implementadas antes, durante y después de las sesiones de terapia psicológica, el personal profesional que brinda la atención se deslinda de las posibles consecuencias que esto pueda atraer para el paciente o terceros.

Sin más por el momento nos despedimos esperando contar con su cooperación para la búsqueda de soluciones.

ATENTAMENTE

Responsable del Paciente. **Nombre y firma del Paciente**

Psicólogo: Ced. Prof. XXXXXXXX _____

ANEXO 3

ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

Fecha:

Sesión: 1

PX: _____

Evento/Contexto /Contingencia	Pensamientos Automáticos	Emoción + Corporeidad	Conducta	Consecuencia	
				CP	LP

ANEXO 4

NOTAS DE EVOLUCION

FECHA: 00/00/0000

SESIÓN ___

HORA DE ENTRADA:

HORA DE SALIDA:

MOTIVO DE CONSULTA:

DIAGNOSTICO:

DESCRIPCIÓN DE LA SESION:

PRACTICAS PARA CASA:

Psic. XXXXX
Cedula Profesional XXXXXXXX

Anexo 5

Ansiedad

1. **Me siento tenso(a) o nervioso(a):**

0__Casi siempre 1__Frecuentemente 2__Rara vez 3__No en absoluto

2. **Siento que una especie de temor como si algo más fuera a suceder:**

0__Casi siempre 1__Frecuentemente 2__Rara vez 3__No en absoluto

3. **Tengo la cabeza llena de preocupaciones:**

0__Casi siempre 1__Frecuentemente 2__Rara vez 3__No en absoluto

4. **Soy capaz de permaneces sentado(a) tranquilo(a) y relajadamente:**

0__Casi siempre 1__Frecuentemente 2__Rara vez 3__No en absoluto

5. **Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago:**

0__Casi siempre 1__Frecuentemente 2__Rara vez 3__No en absoluto

6. **Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme:**

0__Casi siempre 1__Frecuentemente 2__Rara vez 3__No en absoluto

7. **Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor:**

0__Casi siempre 1__Frecuentemente 2__Rara vez 3__No en absoluto

Escala de valoración:
8 a 10 puntos: **Probable Ansiedad**
11 o más síntomas: **Ansiedad Significativa**

Anexo 6: Escala de Hamilton para la Ansiedad

Síntomas de los estados de ansiedad	0	1	2	3	4
1. Humor Ansioso: Inquietud. Expectativa de catástrofe. Aprensión (anticipación temerosa). irritabilidad.					
2. Tensión: Sensaciones de tensión: Fatigabilidad, imposibilidad de estar quieto, reacciones de sobresalto. Llanto fácil, temblores, sensaciones de incapacidad para esperar.					
3. Miedos: A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales, a la circulación, a la muchedumbre.					
4. Insomnio: Dificultades de conciliación, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, terrores nocturnos.					
5. Funciones intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala memoria.					
6. Humor depresivo: Pérdida de interés, no disfruta de tiempo libre, depresión, insomnio de madrugada, variaciones anímicas a lo largo del día.					
7. Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, rigidez muscular, sacudidas musculares, sacudidas crónicas, rechinar dientes, voz quebrada.					
8. Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de calor o frio, sensación de debilidad, sensaciones parestesias (pinchazos/hormigueo).					
9. Síntomas cardiovasculares: Tabaquismo, palpitaciones, dolor torácico, sensación pulsátil en vasos, sensaciones de baja presión o desmayos, extrasístoles (arritmias cardiacas benignas).					
10. Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias, opresión pretorácica, constricción precordial, sensación de ahogo o falta de aire, suspiros, disnea (dificultad para respirar).					
11. Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias, gases dispepsia: Dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón, abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica, cólicos (espasmos) abdominales, borborigmos, diarrea, pérdida de peso, estreñimiento					
12. Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción imperiosa, amenorrea (falta del periodo menstrual), metrorragia (hemorragia genital), frigidez, eyaculación precoz, impotencia, ausencia de erección.					

13. Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefalea (dolor de cabeza de tensión).					
14. Conducta en el transcurso de la prueba: Tendencia al abatimiento, agitación: Manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tic, aprieta el pañuelo en las manos, inquietud: Va y viene, temblor en las manos, rostro preocupado, aumento del tono o contracturas musculares, respiración entrecortada, palidez facial, traga saliva, eructos, taquicardia, palpitaciones, ritmo respiratorio acelerado, sudoración, pestañeo.					

Ansiedad ´Psíquica (1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14)
Ansiedad Somática (7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13)
interpretación: Cada ítem se califica en una escala de 0 (no presente) hasta 4 (Severa) con un rango total de 0 a 56, donde: **Leve: <17** **Leve a moderada 18-24** **Moderada a severa 25-30**

Anexo 7: Inventario de ansiedad de Beck

Nombre: _____Fecha: _____

PREGUNTAS	Poco o nada 0	Mas o menos 1	Moderadamente 2	Severamente 3
1. Entumecimiento, hormigueo				
2. Sentir oleadas de calor (bochorno).				
3. Debilidad de las piernas				
4. Dificultad para relajarse				
5. Miedo a que pase lo peor				
6. Sensación de mareo				
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados				
8. Inseguridad				
9. Terror				
10. nerviosismo				
11. sensación de ahogo				
12. manos temblorosas				
13. cuerpo tembloroso				
14. miedo a morir				
15. dificultad para respirar				
16. miedo a morir				
17. asustado				
18. indigestión o malestar estomacal				
19. ruborizarse				
20. sudoración				

0-5	**Mínima**
5-15	**Leve**
16-30	**Moderada**
31-63	**Severa**

Puntaje: _____

Anexo 8: Angustia

1. En más de una ocasión, ¿tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	**SI**	**NO**
2. ¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	**SI**	**NO**
3.- ¿Alguna vez estas crisis o ataques u ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma imprescindible o sin provocación?	**SI**	**NO**
4.- ¿Ha tenido una de estas crisis seguidas por un periodo de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	**SI**	**NO**
5.- Durante la peor crisis que usted puede recordar:	**SI**	**NO**
a) ¿Sentía que su corazón daba latidos, latía más fuerte o rápido?	**SI**	**NO**
b) ¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	**SI**	**NO**
c) ¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	**SI**	**NO**
d) ¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	**SI**	**NO**
e) ¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	**SI**	**NO**
f) ¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	**SI**	**NO**
g) ¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas? No Si h) ¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecer?	**SI**	**NO**
i) ¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	**SI**	**NO**
j) ¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	**SI**	**NO**
k) ¿Tenía miedo de que se estaba muriendo?	**SI**	**NO**
l) ¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	**SI**	**NO**
M) ¿Tenia sofocaciones o escalofríos?	**SI**	**NO**
6.- En el pasado mes, ¿tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más seguidas) de miedo persistente a tener otra?	**SI**	**NO**

Escala de Valoración
Codifico si es más de 5 preguntas: Pronostico: Trastorno de Angustia de por vida
Codifico si en menos de 4: Crisis con síntomas limitados
Codifico si en la pregunta 6: Trastorno de angustia actual

Anexo 9: Escala de desesperanza de Beck

Nombre: _____Fecha: _____

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	**SI**	**NO**
2. Puedo darme por vencido/a, renunciar ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo/a	**SI**	**NO**
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	**SI**	**NO**
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro d 10 años	**SI**	**NO**
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	**SI**	**NO**
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	**SI**	**NO**
7. Mi futuro me parece oscuro	**SI**	**NO**
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	**SI**	**NO**
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	**SI**	**NO**
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	**SI**	**NO**
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	**SI**	**NO**
12. No espero conseguir lo que realmente deseo	**SI**	**NO**
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	**SI**	**NO**
14. Las cosas no marchan como yo quisiera	**SI**	**NO**
15. Tengo una gran confianza en mi futuro	**SI**	**NO**
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	**SI**	**NO**
17. Es muy probable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	**SI**	**NO**
18. El futuro me parece vago e incierto	**SI**	**NO**
19. Espero más bien épocas buenas que malas	**SI**	**NO**
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	**SI**	**NO**

0-3 Rango normal o asintomático
4-8 Leve
9-14 Moderado (Puntaje mayor a 9 puede ser predictor de conductas suicidas).
15- 20 Severo

Anexo 10: Depresión (Última semana)

1. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:

0__Casi siempre 1__Frecuentemente 2__Rara vez 3__No en absoluto

2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

0__Casi siempre 1__Frecuentemente 2__Rara vez 3__No en absoluto

3. Me siento alegre:

0__Casi siempre 1__Frecuentemente 2__Rara vez 3__No en absoluto

4. Me siento lento(a) y torpe:

0__Casi siempre 1__Frecuentemente 2__Rara vez 3__No en absoluto

5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

0__Casi siempre 1__Frecuentemente 2__Rara vez 3__No en absoluto

6. Espero las cosas con ilusión:

0__Casi siempre 1__Frecuentemente 2__Rara vez 3__No en absoluto

7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión:

0__Casi siempre 1__Frecuentemente 2__Rara vez 3__No en absoluto

Escala de valoración:

8 a 10 puntos: **Probable Depresión**

11 o más síntomas: **Depresión Significativa. Referir a especialistas antes de iniciar tratamiento**

Anexo 11: Inventario de Depresión de Beck

Nombre: _____Fecha: _____

Encierre con un círculo el número que se encuentra a lado de la oración.

0- Yo no me siento triste 1- Me siento triste 2- Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo 3- Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo	0- Yo no me siento que se esté siento castigado 1- Siento que podría ser castigado 2- Espero ser castigado 3- Siento que he sido castigado
0- En general no me siento con esperanzas por el futuro 1- Me siento desesperanzado por mi futuro 2- Me siento que no tengo nada que esperar por el futuro 3- Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar	0- Yo no me siento desilusionado de mí mismo 1- Estoy desilusionado de mí mismo 2- Estoy disgustado conmigo mismo 3- Me odio
0- Yo no me siento como un fracasado 1- Siento que he fracasado más que las personas en general 2- Al repasar lo que he vivido todo lo que veo son muchos fracasos 3- Siento que soy un completo fracaso como persona	0- Yo no siento que sea peor que otras personas 1- Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores 2- Me culpo por todo el tiempo, por mis fallas 3- Me culpo por todo lo malo que sucede
0- Obtengo tanta satisfacción como solía hacerlo 1- Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo 2- Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada 3- Estoy insatisfecho o aburrido con todo	0- Yo no tengo pensamientos suicidas 1- Tengo pensamientos suicidas, pero no los llevaría a cabo 2- Me gustaría suicidarme 3- Me gustaría si tuviera oportunidad
0- En realidad, yo no me siento culpable 1- Me siento culpable en gran parte del tiempo 2- Me siento culpable la mayor parte del tiempo 3- Me siento culpable todo el tiempo	0- Yo no lloro más de lo usual 1- Lloro más de lo que solía hacerlo 2- Actualmente lloras todo el tiempo 3- Antes podía llorar, peor ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

0- Yo no estoy más irritable de lo que solía ser 1- Me enojo o me irrito más fácilmente que antes 2- Me siento irritado todo el tiempo 3- Yo no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo	0- Mi apetito no es peor de lo habitual 1- Mi apetito no es tan bueno como solía serlo 2- Mi apetito está muy mal ahora 3- No tengo apetito de nada
0- Yo no he perdido el interés en la gente 1- Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar 2- He perdido en gran medida el interés en la gente 3- He perdido todo el interés en la gente	0- Yo no he perdido mucho peso últimamente 1- He perdido más de dos kilogramos 2- He perdido más de 5 kilogramos 3- He perdido más de 8 kilogramos A propósito, ¿estoy tratando de perder peso comiendo menos? = SI/NO
0- Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho 1- Pospongo tomar decisiones más que antes 2- Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes 3- Ya no puedo tomar decisiones	0- Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes 1- Estoy preocupado acerca de los problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación 2- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más 3- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
0- Yo no siento que no vea peor de cómo me veía antes 1- Estoy preocupado/a por verme viejo/a o poco atractivo/a 2- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo/a 3- Creo que me veo feo/a	0- Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo 1- Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba 2- Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora 3- He perdido completamente el interés por el sexo
0- Puedo trabajar tan bien como antes 1- Requiero de más esfuerzo para iniciar algo 2- Tengo que obligarme para hacer algo 3- Yo no puedo hacer ningún trabajo	**Nivel de depresión** **Mínima** **Leve** **Moderada** **Severa**
	Puntaje Crudo **0-9** **10-15** **17-29** **30-63**

0- Puedo dormir tan bien como antes 1- Ya no duermo tan bien como solía hacerlo 2- Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volver a dormir 3- Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir	**Diagnóstico**:
0- Yo no me canso más de lo habitual 1- Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo 2- Con cualquier cosa que hago me canso 3- Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa	**Observación:**

Anexo 12: Depresión, Episodio depresivo mayor

1. ¿En las últimas dos semanas se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	**SI**	**NO**
2. ¿En las últimas dos semanas ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o a disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban? (Si codificó sí en las preguntas (8 o 9) pase a la siguiente pregunta).	**SI**	**NO**
3. ¿En las últimas dos semanas cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas?	**SI**	**NO**
B. ¿Disminuyó o aumento su apetito casi todos los días?	**SI**	**NO**
C. ¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches? (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a medianoche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente?	**SI**	**NO**
D. Casi todos los días, ¿hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	**SI**	**NO**
E. Casi todos los días, ¿se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	**SI**	**NO**
F. casi todos los días, ¿tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	**SI**	**NO**
G. Casi todos los días, ¿tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	**SI**	**NO**
H. En varias ocasiones, ¿desde hacerse daño, se sintió suicida o deseo estar muerto	**SI**	**NO**

Escala de valoración:
Codifico si en 5 o más respuestas (preguntas 1, 2, 3
Pronostico: Depresivo Mayor actual).

Si el paciente codifica positivo para un Episodio Depresivo Mayor actual, continúe con las siguientes preguntas:

1. En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de 2 o más semanas en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas	**SI**	**NO**
2. Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos	**Si**	**NO**

Escala de Valoración **Si respondió si en cualquiera de las dos:** **Pronostico: Depresivo Reincidente**

Anexo 13: Cuestionario de Abuso de drogas (CAD-20)

Cuestionario del uso de drogas CAD-20	SI	NO
1. ¿He usado drogas diferentes de las que se utilizan por razones médicas?		
2. ¿Ha abusado de las drogas de prescripción médica?		
3. ¿Ha abusado de más de una droga al mismo tiempo?		
4. ¿Puede transcurrir una semana sin que utilice drogas?		
5. ¿puede dejar de utilizar drogas cuando quiere?		
6. ¿Ha tenido lagunas mentales o alucinaciones como resultado del uso de drogas?		
7. ¿Su pareja o familiares se quejan constantemente por su involucramiento con el uso de drogas?		
8. ¿Su pareja o familiares se quejan constantemente por su involucramiento con el uso de drogas?		
9. ¿El uso de drogas ha creado problemas con su pareja o familiares?		
10. ¿Ha perdido amistades por su uso de drogas?		
11. ¿Ha descuidado a su familia o faltado al trabajo como consecuencia del uso de drogas?		
12. ¿Ha tenido problemas en el trabajo y/o escuela debido al abuso de drogas?		
13. ¿Ha perdido algún trabajo debido al abuso de drogas?		
14. ¿Se ha involucrado en peleas cuando está bajo la influencia de las drogas?		
15. ¿Se ha involucrado en actividades ilegales, con tal de obtener drogas?		
16. ¿Le han arrestado por posesión de drogas ilegales?		
17. ¿Alguna vez ha experimentado los síntomas físicos de retiro (sudoración, taquicardia, ansiedad, entre otros) cuando ha dejado de usar drogas?		
18. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (ejemplo: Pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrados, ¿entre otros)?		
19. ¿Ha perdido a alguien que le ayude a resolver su problema con las drogas?		
20. ¿Ha estado en un tratamiento específicamente relacionado con el uso de drogas?		

Se debe calificar solo las respuestas marcadas en ‘’SI’’ del cuestionario, excepto las respuestas de 4 y 5, que se puntúan de forma inversa, (solo se suma la respuesta NO en esas casillas).
Puntuación **0: No se encontró evidencia de problemas de uso de drogas** **1-a 5 Nivel bajo** **6 a 10 Nivel moderado** **11 a 15 nivel sustancial** **16 a 20 Nivel severo**

Anexo 14: Trastorno psicótico

Es importante pedir un ejemplo para cada pregunta contestada afirmativamente, con el fin de investigar si las ideas delirantes o distorsión de pensamiento no son culturalmente apropiadas.

Le voy a preguntar acerca de las experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.

1. Alguna vez, ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, conspiraba contra usted, ¿o que trataban de hacerle daño? **Nota: Pida ejemplos para descartar un verdadero acecho.** **Si es si: ¿Actualmente cree usted esto?**	**Si** **SI**	**NO** **NO**
2. ¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podría leer o escuchar pensamientos de otros? **Si es así: ¿Actualmente cree usted esto?**	**SI** **SI**	**NO** **NO**
3. ¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿alguna vez ha tenido la impresión de que este poseído? **Si es así: ¿Actualmente cree usted esto?**	**SI** **SI**	**NO** **NO**
4. ¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor, o al periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente en usted? **Si es así: ¿Actualmente cree usted esto?**	**SI** **SI**	**NO** **NO**
5. ¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? **Si es así: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?**	**SI**	**NO**
6. ¿Alguna vez, ha escuchado cosas que otras personas no podía escuchar, como voces?	**SI**	**NO**

Escala de Valoración	
Codifico: Si en más de 5 preguntas: Codifico Si en menos de 4: Codifico menos de 4:	Pronóstico: Trastorno psicótico de por vida Trastorno psicótico actual Trastorno del estado de ánimo con Síntoma psicótico
En los tres episodios: Canalizar para atención 2° nivel	

Anexo 15: Escala de Riesgo suicida

Durante el último mes			Puntos
1. ¿Ha pensado que estaría muerto (a), o ha deseado estar muerto (a)?	Si	No	1
2. ¿Ha querido hacerse daño?	No	Si	2
3. ¿Ha pensado en el suicidio?	No	Si	6
4. ¿Ha planeado suicidarse?	No	Si	10
5. ¿Ha intentado suicidarse?	No	Si	10
A lo largo de su vida:			
6. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	No	Si	4

¿Codifico si en por lo menos 1 respuesta Riesgo de suicidio?
Si contesto sí, asume el número total de puntos de las respuestas (1-6) para especificar el nivel de riesgo de suicidio.
1 - 5 puntos: Leve. **6 – 9 puntos: Moderado.** **Igual o más de 10 puntos: Alto.**

ANEXO 16

FORMATO DE CANALIZACIÓN PSIQUIATRICA		
Fecha:		
Nombre del Paciente/Usuario:		
Edad:	**Sexo:**	**No. Expediente:**
Diagnóstico: **(Aquí trata de mencionar en que clasificación te basaste DSM, CIE).**		
Instrumentos Utilizados:		
Persona/Instituto Responsable de la canalización:		
Área o institución para canalizar:		
Motivo de Canalización:		
Tipo de tratamiento psicológico implementado:		
Notas:		

NOMBRE Y FIRMA DEL PSICÓLOGO

_____

ANEXO 17

ATENCIÓN PSICOLÓGICA: ALTA DEL PACIENTE

Nombre: _____Edad_____

Lugar_____Entidad_____

Fecha de inicio de atención psicológica	Fecha de término de atención psicológica

Número de consultas asistidas en consultorio_____talleres asistidos_____

Diagnostico: **CIE-11- Z03.9 Sano para salud mental**

Nombre y Firma del psicólogo:

_____